Rok XXXIX. Kraków, 20 Października 1900. Nr. 42.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Rozpoznanie, rokowanie i leczenie wstrząśnienia błędnika.

Podał

Dr. R. Spira.

(Wykład w sekcyi otyatrycznej IX Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich *).

Rozpoznanie. Objawy pojawiające się ze strony błędnika [1]) u zdrowego przedtem człowieka bezpośrednio po urazie nie dopuszczają wątpliwości co do przyczyny cierpienia, tu zasada *„post hoc ergo propter hoc"* jest zupełnie uzasadniona. Jednakże w pewnych razach mogą zachodzić bardzo poważne trudności rozpoznawcze nie tylko co do przyczyny, ale też istoty choroby.

a) I tak w pierwszej gromadzie przypadków o postaci udarowej nie można będzie w pierwszej chwili odróżnić czy mamy do czynienia z udarową postacią choroby Menierea, czy też z jakiemś uszkodzeniem mózgu, przekrwieniem, wynaczynieniem, zatorem itd. W miarę jednak, jak chory do siebie przychodzi i przytomność mu powraca, stwierdzenie braku innych objawów mózgowych z jednej, obecność szumu w uszach, zawrotu głowy, wymiotów, niedosłyszenia, z drugiej strony pozwoli nam lepiej ocenić przyrodę choroby. Rozumie się samo przez się, że należy się pierwej zapewnić, czy chory dawniej przed napadem zupełnie dobrze słyszał i był wolnym od podobnych przypadków. Do potwierdzenia rozpoznania przyczynia się zbadanie błony bębenkowej i trąbki Eustachiusza, jeżeli ono nie wykazuje żadnych zmian przedmiotowych, oraz wynik próby słuchowej, przemawiający za cierpieniem błędnika. Przytem obecność innych chorób, usposabiających do choroby błędnika będzie pomocną w rozpoznawaniu. Objawy pęknięcia podstawy czaszki czynią uszkodzenie anatomiczne błędnika niewątpliwem. Za pęknięciem błędnika, względnie czaszki, przemawia obok objawów porażenia n. słuchowego obfite wypływanie z ucha płynu surowiczego (rozumie się przy równoczesnem przedziurawieniu błony bęb.), w którym rozbiór chemiczny wykazuje własności płynu mózgordzeniowego. Przy uszkodzeniach mózgu zwracają na siebie uwagę przedewszystkiem dłużej trwająca nieprzytomność, porażenia, ból głowy i inne objawy mózgowe. Uszkodzenie albo wstrząśnienie lewego zrazu skroniowego może pociągnąć za sobą przemijającą głuchotę, w postaci głuchoty wyrazowej czyli niemoty (afazyi) zmysłowej (sensorische Aphasie).

b) Znacznie trudniejszem może być rozpoznanie drugiej gromady przypadków, w których objawy nie występują tak gwałtownie, lecz rozwijają się powoli a sprawa okazuje przebieg przewlekły, lub zaostrzenia na przemian z zwolnieniami. Żadnego bowiem z występujących wtedy objawów nie można uważać za znamienny, za wyłącznie właściwy cierpieniom błędnikowym wogóle, ani wstrząśnieniu błędnika w szczególności. Należy bowiem zważyć, że te same objawy mogą polegać na najróżnorodniejszych zboczeniach i zaburzeniach, czy to w innych częściach narządu usznego, czy też w całym ustroju lub w układzie nerwowym ośrodkowym. Aby módz rozeznać cierpienie błędnika należy tu wykluczyć cały szereg innych chorób, wywołujących podobne objawy. I tak trzeba mieć na względzie, że zawrót głowy może pochodzić z różnych cierpień i być wywołany bądź to drogą odruchową jak np. w chorobach żołądka *(vertigo e stomacho laeso)*, macicy, stanów obrzękowych i nerwowych w nosie, w krtani *(vertigo laryngea)*, bądź też w skutek zaburzeń krążenia, chorób serca i naczyń krwionośnych, miażdżycy tętnic, cierpienia nerek i t. p. Jeżeli jeszcze przypadkowo istnieje równocześnie jakaś choroba uszna, sprowadzająca przytępienie słuchu i szum w uszach, wtedy możemy mieć przed sobą zupełny obraz zawrotu błędnikowego a nawet zupełny t. zw. zbiór objawów Ménierea, pomimo, że błędnik jest nietknięty. W pewnych chorobach jak n. p. w chorobie Addisona zauważono nudności, zawrót głowy, szum w uszach obok innych objawów właściwych tej chorobie. Podobnie w różnych stanach samozatrucia jak w t. zw. *Botulismus*, *Alliantiasis*, w różnych chorobach nadnerczy i w. i. można spostrzegać zawrót głowy i szum w uszach całkiem niezależnie od narządu słuchowego. Aby więc rozpoznać chorobę błędnika nie wystarczy sama obecność tych objawów, lecz należy wykazać, że wszystkie one pochodzą z jednego źródła, że odnoszą się razem do jednej choroby i że wspólnem ich źródłem jest jeden tylko schorzały narząd, a nie kilka. Tu wywiady, dokładne spostrzeganie przebiegu, ścisłe zbadanie całego ustroju, wszystkich narządów, wykazanie obecności innych objawów, względnie wykazalna za pomocą stosownych prób słuchowych głuchota pochodzenia błędnikowego i t. p. doprowadza do wykluczenia innych przyczyn i do wyjaśnienia właściwej przyrody cierpienia.

Należy dalej o tem pamiętać, że zupełnie podobne objawy wywołać mogą różne choroby ośrodkowego układu nerwowego, a szczególnie mózgu, jakoto wynaczynienia, tętniak, zator, rozmiękczenie, zapalenie opon przewlekłe, ropnie, stwardnienie, wodgłowie i t. d. W takich jednak razach nie brak zwykle innych przypadków czysto mózgowych,

*) Porównaj pracę »O wstrząśnieniu błędnika«, ogłoszoną w »Przeglądzie lek.« 1900 Nr. 32—34, stanowiącą I część niniejszej rozprawy.

[1]) Opisane szczegółowo w pracy »O wstrząśnieniu błędnika« l. c.).

jak objawy uciskowe i ogniskowe, zaburzenia czucia, ruchu, zboczenia tętna, oddechu, zboczenia psychiczne, mowy, wzroku, zmiany na dnie oka, sztywność karku, długotrwały, uporczywy ból głowy, napady padaczkowe, zwłaszcza o typie Jacksenowskim, zajęcie *sensorium* i i., zależnie od rodzaju, umiejscowienia i rozmiarów cierpienia. Odróżnienie zapalenia opon mózgowych ułatwia teraz nakłócie lędźwiowe. Najczęściej zaburzenia słuchu towarzyszą nowotworom mózgowym szczególnie umiejscowionym w tylnym odcinku w zamożdżu i na podstawie mózgu. Calmeil znalazł w $^1/_9$ części wszystkich nowotworów mózgu zaburzenia słuchu, Lebert zaś na 45 przypadków 11 razy. Sprawę tę tem bardziej należy uwzględnić, że nie tylko jej objawy są podobne do objawów błędnika, wstrząśnienia, lecz także czynnik przyczynowy jest ten sam, bo jak wiadomo, nowotwór, jak również ropień mózgu, są bardzo często następstwem urazu głowy. Najważniejszemi objawami nowotworów mózgowych w zakresie n. słuchowego są podmiotowe wrażenia słuchowe, zawrót głowy, upośledzenie słuchu różnego stopnia aż do zupełnej głuchoty, połączone z objawami mózgowymi: jak zajęcie i ból głowy, bolesność za uciskiem w odpowiedniej części głowy, miganie przed oczami, później zaburzenia czynnościowe n. wzrokowego i innych nerwów zmysłowych, zaburzenia czuciowe i ruchowe w zakresie innych nn. mózgowych. W przypadku Oppenheima dotyczącym nowotworu mózgu w okolicy zrazu skroniowego przyłączyły się do innych objawów mózgowych, gdy chory wstawał, znaczne wzmożenie się bólu głowy i głuchota wyrazowa, co Oppenheim tłómaczy w ten sposób, że guz przy wstawaniu chorego ciężąc na zakręt skroniowy wywoływał tam przez to głuchotę wyrazową. Tam, gdzie objawy mózgowe nie są dość wybitne należy szczególnie zwracać uwagę na lekkie stopnie porażenia n. twarzowego i nieczułość skóry po odpowiedniej stronie głowy. Nowotwór mózgu może jednak przez dłuższy czas przebiegać skrycie, lub z samymi tylko objawami zawrotowymi. W takim razie ważną wskazówką rozpoznawczą jest pojawienie się porażenia nerwu twarzowego i utrzymywanie się przez dłuższy czas przewodnictwa kostnego dla zegarka i słuchomierza, co przemawia za guzem mózgowym. Gdy bowiem w zajęciu błędnika już przy miernem przytępieniu słuchu przewodnictwo kości wybitnie jest obniżonem, to wobec nowotworu mózgu długo pozostaje ono nietkniętem (Politzer), co Asher na swój sposób tłómaczy. Tam zaś gdzie na n. słuchowy uciska nowotwór mózgu, nie brak zwykle równoczesnych zboczeń w innych nerwach, leżących u podstawy mózgu, w pierwszym rzędzie n. twarzowego, troistego, odwodzącego, a przedewszystkiem nie brak silnego bólu głowy.

Wogóle przez bezpośredni ucisk na n. słuchowy mogą sprowadzić objawy błędnikowe nowotwory mostu Varola, móżdżku, odnóg mózgowych *(crura cerebri)* wzgórka czworaczego i wogóle guzy, usadowione na podstawie czaszki, szczególnie zaś w tylnym dole czaszkowym, między nimi tętniak tętnicy podstawowej i nowotwory n. słuchowego.

Przytępienie słuchu nie towarzyszy żadnej innej chorobie mózgu tak często, jak cierpieniom śródmożdża *(Mesocephalum)*, Siebenmann znalazł na 59 przypadków nowotworów wzgórka czworaczego 11 razy postępujące niedosłyszenie i wykazuje na podstawie anatomii topograficznej, że w takich przypadkach chodzi zawsze o przerwanie ośrodkowej drogi ślimakowej w okolicy pętlicy bocznej *(laqueus)*, w której odbywa się skrzyżowanie dróg nn. słuchowych. Niedosłyszenia niema, dopóki nowotwór ogranicza się do wzgórka czworaczego, a występuje ono dopiero, gdy cierpienie rozszerza się na czepiec odnogi mózgowej. Niedosłyszenie to pojawia się stosunkowo późno (po 3—5 miesiącach trwania choroby) i przedstawia typ niedosłyszenia nerwowego, jak go przyjął Bezold jako znamienny dla niedosłyszenia ośrodkowego, mianowicie cechujący się tem, że naprzód tylko dolna, a potem dopiero także i górna granica gamy coraz więcej się ścieśnia, aż w końcu pozostaje tylko wyspa środkowego obszaru prawidłowego pola słyszenia. Według Weinlanda zauważa się w chorobach i nowotworach tylnej części wzgórka czworaczego, obok objawów ze strony móżdżku, oka i mięśni ocznych, objawy ze strony słuchu po przeciwnej stronie. Nowotwory wzgórka czworaczego i czepca odnogi mózgowej *(tegmentum caudicis)* wywołują obok odpowiednich objawów ogniskowych jeszcze objawy uciskowe miejscowe i rozlane, jak zmiany na dnie oka, tarczę zastoinową, zapalenie i zanik n. wzrokowego, porażenie mięśni ocznych zewnętrznych, kurcze drgawkowe i tężcowe, napady padaczkowe, mowę skandowaną, niezborność ruchów, szczególnie kończyn dolnych, wzmożenie odruchów ścięgnistych, ból głowy i wymioty. Zazwyczaj brak porażeń ruchowych i czuciowych. Szczególnie skojarzenie się chodu bezładnego (ataktycznego) z niedowładem mięśni ocznych, względnie z zaburzeniem akomodacyi w połączeniu ze znamiennymi dla guza ogólnymi objawami mózgowymi przyczyni się do ustalenia rozpoznania w przypadkach wątpliwych albo zawikłanych.

Prus kreśli na podstawie doświadczeń na zwierzętach *(Przegl. Lek.* 1899. Str. 569) obraz czynności wzgórków czworaczych, za pomocą którego z łatwością można sobie tłomaczyć objawy, spostrzegane w przypadkach, w których siedliskiem choroby są wzgórki czworacze i przytacza, jako takie: zaburzenia w ruchach gałek ocznych, niezborność ruchów wśród stania i chodzenia, drżenie i rozszerzenie źrenic, drżenie gałek ocznych, oraz zaburzenia wzroku (gdy jest zajęty wzgórek czw. przedni) a zaburzenia słuchu (gdy siedzibą choroby jest wzgórek czworaczy tylny).

Nie każde jednak niedosłyszenie, pojawiające się w przebiegu guza wzgórka czworaczego, zależy od obecności tego guza. Taką zależność wolno przypuścić dopiero wtedy, jeżeli 1) niedosłyszenie występuje w odpowiednim czasie w przebiegu choroby i 2) ma przebieg postępujący.

Przypadki z wzmożonem ogólnem parciem śródczaszkowem, jak przypadki z niepowikłanem wodogłowiem wewnętrznem, przebiegają zazwyczaj bez upośledzenia słuchu. Bürkner spotkał w 0·7% przypadków wodogłowia, głuchotę nerwową. Urbantschitsch podaje przypadek okresowej głuchoty w ostrem wodogłowiu, prawdopodobnie wskutek przemijającego obrzęku ośrodków słuchowych.

Ladame znalazł między przypadkami nowotworów móżdżku 7 razy zaburzenia słuchu. Za zajęciem móżdżku przemawia przedewszystkiem osobliwa niezborność móżdżkowa. Chory taki chodzi i stoi zataczając się, jak pijany, rozstawiając nogi szeroko a szczególnie przy zamkniętych oczach łatwo upada („marche d'ivresse czyli *ataxia cerebellaris)*. Tego bezładu ruchów nie można pomieszać z zaburzeniem chodu

przy zawrocie błędnikowym. Nie chodzi tu o nadmiar albo niedostatek w wykonaniu ruchów wskutek niedostatecznego poczucia mięśniowego i wadliwego współdziałania mm. przeciwniczych (antagonistów), lecz o zupełnie skojarzone rozstawienie nóg albo o chwycenie się punktów oparcia ze strony chorego, zapomocą czego stara się on podeprzeć chwiejące się swe ciało zupełnie celowo, podobnie jak to robi zdrowy popchnięty, albo stojący na chwiejącej się podstawie. Dalszymi objawami móżdżkowymi są zaburzenia ruchów mm. gałek ocznych, czasem też skurcze mm. obracających głowę, zaburzenia czuciowe w kończynach, szczególnie na podeszwach, na skórze, zaburzenia mowy, silne uporczywe bóle i znaczna bolesność na dotyk w okolicy potylicy. Schmidt dodaje dwie nowe, za guzem móżdżku przemawiające oznaki. Jeżeli objawy wzmożonego ucisku śródczaszkowego, zwłaszcza wymioty i zawrót głowy występują przy pewnem ułożeniu na jeden bok, to przemawiają za nowotworem w przeciwnej półkuli móżdżkowej. Objaw ten powstaje z powodu jednostajnego obciążenia i następowego ucisku wielkiej żyły Galena *(Vena magna Galeni)*. Drugi objaw, brak odruchu ścięgna rzepkowego, przemawia więcej za guzem móżdżku, niż za wodogłowiem wewnętrznem.

W przypadkach tętniaka tętnicy podstawowej zauważyć się dają obok objawów błędnikowych, jak zawrót głowy, wymioty i t. d. jeszcze zwolnienie tętna, niemiarowość, (arytmia), zaburzenia w oddychaniu, glikozurya, dalej apatya, senność i tarcza zastoinowa. Według Leberta głuchota w połączeniu z utrudnieniem połykania i objawami porażenia n. błędnego (duszność, nieregularność tętna i oddechu) daje ważne wskazówki w rozpoznaniu tętniaka t. podstawowej. Według Griesingera pojawiają się przytem zaburzenia w artykulacyi i w oddawaniu moczu, osłabienie wszystkich kończyn albo porażenie poprzeczne albo nierówne porażenie połowicze i pukanie w głowie.

W podobny sposób choroby rdzenia przedłużonego jak uwiąd i stwardnienie rozsiane *(Sclerosis disseminata)* mogą sprowadzić niedosłyszenie i wrażenie słuchowe podmiotowe, o ile obejmują włókna n. słuchowego biorące tam początek. Symetryczna niesprawność pewnych n. mózgowych jak obustronne porażenie mm. ocznych, porażenie języka, gardła, twarzy wskazują na zmiany w rdzeniu przedłużonym. Jeżeli głuchota łączy się z pojedynczemi porażeniami, monoplegią i napadami padaczki Jacksona, niemotą i t. p. to trzeba myśleć o sprawie chorobowej usadowionej w korze mózgowej.

Nareszcie należy uwzględnić, że objawy błędnikowe wcale nie rzadko występują także w zależności od różnych chorób ogólno nerwowych, czynnościowych. Tu należy w pierwszym rzędzie histerya, która niekiedy daje objawy łudząco naśladujące chorobę błędnika. Gradenigo spostrzegał między 73 przypadkami histeryi 32 razy zboczenia słuchu. Tu pomyłka jest tem łatwiejsza, że w znieczuleniu n. słuchowego przyrody histerycznej głuchota ma charakter pochodzenia błędnikowego z zmniejszonem albo zniesionem przewodnictwem kostnem. Wprawdzie cierpienie to daje się łatwo rozpoznać przez t. zw. „znamiona histeryczne“ *(Stigmata)*, jak ścieśnienia pola widzenia, różne zaburzenia zmysłowe, ruchowe i czuciowe, nieczułość podniebienia miękkiego, gardła, skóry, szczególnie na małżowinie usznej, albo nieczułość i bezład całej odpowiedniej połowy ciała, obok nadczułości strony przeciwnej, równoczesna częściowa nieczułość zewnętrznych części ucha i błony bębenkowej, nadczułość n. słuchowego i różne inne objawy nerwowe jak napady histero-padaczkowe, zaburzenia w zmysłach wzroku, powonienia, smaku i t. d. bolesność jajników, a przedewszystkiem niczem nie wytłómaczona zmienność objawów. Należy jednak uwzględnić, że są przypadki, w których, jakto już oddawna stwierdzono, takich znamion przez długi czas może brakować, t. zw. „hysterie monosymptomatique“. Szczególnie jeżeli chodzi o rozpoznanie wstrząśnienia błędnika po urazie, trafiającym wprost narząd uszny, musimy o tem pamiętać, że tak zwana histerya miejscowa rozwija się właśnie na tem miejscu albo w jego bliskości, w którem zadziałał uraz miejscowy. Gradenigo rozróżnia zaburzenia słuchu przyrody histerycznej, jako jeden z objawów dotykowo-zmysłowej nieczułości (sensitiv — sensoriellen Anaesthesie), od takich, które pojawiają się jako główny, niekiedy jedyny przejaw histeryi.

Otóż znamiennym dla niedosłyszenia histerycznego jest niestosunek między przewodnictwem kostnem, a bystrością słuchu przez powietrze; pierwsze jest znacznie więcej upośledzone, niż to odpowiada bystrości słuchu. Dalej uderzającem jest w histeryi, że percepcya tonów strojnikowych przez powietrze jest osłabioną w znaczniejszej mierze, gdy percepcya mowy jest upośledzoną, stosunkowo tylko nieznacznie. Głuchota histeryczna ma się nadto cechować tem, że wprawdzie towarzyszy jej szum w uszach, ale nigdy zawrót głowy.

Okoliczność tą usiłowano tłómaczyć tem, że według wszelkiego prawdopodobieństwa włókna zmysłowe n. słuchowego przy ujściu w środku nerwowym tak się rozdzielają, że włókna, należące do n. ślimakowego i służące czynności słuchowej wyodrębniają się od włókien, należących do nerwu przedsionkowego i służących do utrzymania równowagi. Jednakże na tym objawie polegać nie można, gdyż objawy zawrotowe obok nadwerężenia bystrości słuchu nie należą w histeryi wcale do rzadkości. Według Briegera histerycznemu przytępieniu słuchu mogą towarzyszyć napady zawrotu głowy, zaburzenia równowagi, a nawet wybitny zbiór objawów Méniereа. Natomiast niestałość objawów, mianowicie znaczne wahania w bystrości słuchu, szczególnie zależność objawów i ich stopnia od pewnych okresów życia płciowego u kobiet, ich związek z nieprawidłościami w miesiączkowaniu, dalej możność wpływania na słuch środkami psychicznymi, poddawaniem, hipnozą i t. d., możność przeniesienia choroby na stronę przeciwną (transfert), podobnie jak w innych przypadkach histeryi, dalej zmniejszona albo zniesiona pobudliwość elektryczna n. usznego, wszystko to daje wybitne wskazówki wyświetlające wątpliwe rozpoznanie i przechylające je na stronę histeryi.

W podobny sposób można będzie odróżnić wstrząs błędnika od zaburzeń błędnikowych, stanowiących objaw częściowy histeryi, powstałej wskutek urazu t. j. od t. zw. „nerwicy urazowej“, którą Charcot zalicza do histeryi męskiej. Gdy dawniej uważano nerwicę urazową za oddzielną postać chorobową, pogląd ten upadł z biegiem czasu, w miarę jak liczba spostrzeżeń wzrastała i ściśle zaczęto badać materyał kazuistyczny. Dziś nie uważamy już tych nerwic „urazowych“ za chorobę odrębną, lecz za sprawę, wchodzącą

w dziedzinę histeryi i neurastenii i innych nerwic, albo za przedstawicielkę ich skojarzeń. I tutaj szczególnie objawy w transfercie i zmienność stopnia niedosłyszenia wskazują na to, że sprawność narządu, przyjmującego głos, jest prawidłowa, a że cierpienie polega na przerwaniu dróg doprowadzających bodziec zmysłowy słuchowy do świadomości i przemieniających go w wrażenie głosowe.

Należy jednak rozważyć, że głuchota i inne objawy wstrząśnienia mogą następowo sprowadzić rozstrój nerwowy, przygnębienie umysłowe i wreszcie histeryę. Ta ostatnia może zatem istnieć obok wstrząśnienia błędnika i jako jego następstwo. Dalej wiemy, że podobne objawy mogą powstać drogą odruchową przez podrażnienie innych nerwów. Spostrzegano przypadki w których wskutek urazu albo drażnienia n. trójdzielnego wystąpiły głuchota, szum w uszach, jak w przypadkach Eitelberga (po włożeniu waty, umoczonej w eterze do jamy zębowej, po pędzlowaniu gardła 10% lapisem) i i. W innych przypadkach objawy te stanowią częściowy objaw wstrząsu psychicznego, t. zw. nerwicy strachowej (Schreckneurose, Emotionstaubheit), wywołanej przez strach, po operacyi, po rażeniu piorunem, jak w przypadkach Kaisera i Freuda. Przypady błędnikowe mogą dalej poprzedzać napady padaczkowe i nie jest wykluczone, że mogą się pojawiać nie tylko, jako zwiastuny, ale też zastępczo, jako równoważniki takiego napadu (forme fruste). Tak samo spotykamy te objawy w neurastenii i w innych nerwicach ogólnych, gdzie należy je pojmować, jako współudział błędnika w ogólnej nerwicy, jako wynik wzmożonej pobudliwości nn. bańkowych *(ampullares)*, w móżdżku, albo też jako nerwicę naczynioruchową naczyń błędnikowych.

(Ciąg dalszy nastąpi).

II. Patogeneza żółtaczki.

Podał

Prof. Browicz.

(Wykład na Zjeździe lekarzy i przyrodników w Krakowie dnia 23 lipca 1900 roku).

(Ciąg dalszy).

Złogi żółci wśród komórek ściennych naczyń krwionośnych włoskowatych, jakoteż w przewodach żółciowych międzykomórkowych, nie były widoczne we wszystkich zrazikach, w całych zrazikach, we wszystkich częściach miąższu wątroby; występowały one ogniskowo i to w stosunkowo małych ogniskach, lub też w niektórych tylko naczyniach. Znajdowały się one głównie w części środkowej zrazika wątrobnego, gdy brak ich było w części obwodowej, która przedstawiała normalne wejrzenie, a komórki wątrobne okazywały, o ile z obrazu mikroskopowego dzisiaj wnosić można, zupełnie normalne wejrzenie

Takiż sam obraz mikroskopowy spotkałem w przypadku kilka dni trwającego sztucznego zwężenia głównego przewodu żółciowego u psa.

W przypadkach żółtaczki noworodków, a więc znowu w przypadkach żółtaczki ostrej, np. u noworodka 4 dni liczącego spotkałem takiż sam obraz, jak u psów ze sztucznie wywołaną ostrą żółtaczką.

Takież same obrazy co do siedziby złogów żółci w naczyniach krwionośnych włoskowatych śródzrazikowych, w komórkach ściennych naczyń, co do zachowania się komórek wątrobnych w ogniskach, gdzie złogi żółci istniały (pomijam tu zmiany, które po dłuższem trwaniu zamknięcia odpływu żółci mogą w wątrobie się rozwinąć; niekiedy brak ich prawie zupełny, nawet po dłuższem trwaniu przeszkody w odpływie żółci), spotykałem u człowieka w przypadkach przewlekłej żółtaczki, wywołanej rakiem wątroby, woreczka żółciowego, trzustki, żołądka, kamieniami żółciowymi, a więc w przypadkach, w których czy to w obrębie miąższu wątroby, czy po za wątrobą, drożność przewodów żółciowych uległa zmianie, przewody uległy zwężeniu, zamknięciu, zatkaniu, a które to przypadki na równi postawić można ze sztucznem zamknięciem, podwiązaniem głównego przewodu żółciowego u zwierzęcia.

A priori sądząc powinnyby główny przewód żółciowy, a następnie coraz wyżej w miąższu położone przewody żółciowe w razie zamknięcia, zatkania, powstałego u człowieka w jakikolwiekbądź sposób, lub u zwierzęcia po doraźnem podwiązaniu głównego przewodu żółciowego, ulegać stopniowo w miarę coraz większego gromadzenia się w nich żółci coraz silniejszemu rozszerzeniu, które dalej objąćby powinno wszystkie przewody żółciowe wątroby, a wreszcie dosięgnąć najdrobniejszych włoskowatych międzykomórkowych, a nawet śródkomórkowych przewodów. Czy tak dzieje się rzeczywiście? Czy u zwierzęcia po podwiązaniu i dłuższem nawet trwaniu przerwy w odpływie żółci z głównego przewodu żółciowego spotykamy się z takiem rozszerzaniem się niejako *ad maximum* dróg żółciowych pozawątrobowych, a nawet śródwątrobowych? Ani makroskopowy, ani mikroskopowy obraz wątroby po zamknięciu głównego przewodu żółciowego u zwierzęcia nie wykazuje czegoś podobnego. A czy u człowieka spotykamy się z takim obrazem? — wcale nie, chyba wyjątkowo i to w razie zakażenia dróg żółciowych, wtedy bowiem obraz mikroskopowy z powodu gromadzenia się w przewodach żółciowych wypociny musi być inny i odróżnić należy, na co nacisk kładę, wpływ czysto mechaniczny od zakaźnego. Niedawno spostrzegałem przypadek, który operował Docent Bossowski tworząc przetokę brzuszną w celu umożliwienia odpływu żółci, a w którym to przypadku przewód żółciowy wspólny zarośnięty był przy wejściu w ścianę dwunastnicy. Przewód wspólny uległ kolosalnemu rozszerzeniu, urósł tak bardzo, iż zawierał kilka litrów cieczy, komunikował z przewodem wątrobowym i woreczkowym szczelinowatym otworem, a wątroba nie okazywała śladu rozszerzenia przewodów żółciowych drobniejszych, tylko grubsze przewody żółciowe były rozszerzone, a ściany ich już makroskopowo zgrubiałe.

W zwykłych, tak częstych przypadkach zatkania, zamknięcia dróg żółciowych już nawet międzyzrazikowe przewody żółciowe okazują tylko tu i owdzie ślady rozszerzenia i spłaszczenia wyściółki nabłonkowej, zresztą przewody międzyzrazikowe okazują światło normalne i normalnego kształtu i wielkości komórki nabłonkowe, wyścielające przewód, nie mówiąc już o śródzrazikowych, międzykomórkowych przewodach żółciowych, które w obwodowych częściach zrazików nie są wcale rozszerzone i nagromadzenia żółci nie okazują.

Wobec tych obrazów makro- i mikroskopowych o za-

stoju żółci, potęgującym się w miarę coraz dłuższego trwania zamknięcia odpływu żółci z głównego przewodu żółciowego, mowy być nie może, tem mniej o cofaniu się żółci ku początkom przewodów żółciowych. Takiego wpływu nie mogę również przypisać nieżytowi dróg żółciowych aż do najdrobniejszych gałązek początkowych, gdyż takiego stanu chorobowego w najdrobniejszych gałązkach przewodów nie spotkałem, a w przewodach śródzrazikowych już z przyczyny budowy i składu ścianek być to nie może.

Takie przepełnianie się przewodów żółciowych od głównego począwszy aż do najdrobniejszych, a więc i śródkomórkowych, byłoby tylko wtedy możliwe, gdyby wątroba, (a raczej wszystkie komórki wątrobne po zatkaniu głównego przewodu, lub też wśród wątroby położonych grubszych gałęzi dróg żółciowych), stale a przynajmniej przez czas dłuższy normalną ilość żółci wytwarzała. Tak jednakże widocznie nie jest, a o tem świadczy brak coraz większego w miarę dłuższego trwania zamknięcia dróg żółciowych rozszerzania się dróg żółciowych, dalej jakość obrazu mikroskopowego, o którym powyżej mówiłem. Po zamknięciu, zatkaniu u człowieka, po podwiązaniu u zwierzęcia głównego przewodu żółciowego wątroba coraz mniej żółci wytwarza, a ta zmniejszająca się znacznie ilość żółci wśród wątroby dostaje się w obieg ogólny i stąd brak obrazu makro- i mikroskopowego, który *a priori* biorąc musiałby się rozwinąć, gdyby wątroba w pełnej mierze czynną była.

Powstaje rodzaj nieczynności znacznej części miąższu (*insufficientia hepatica*), która prawdopodobnie odnosi się nie tylko do funkcyi wytwarzania żółci, ale także do innych, bądź to dotąd znanych, bądź też jeszcze nieznanych funkcyi komórki wątrobnej. Groźne następstwa, jakie w przypadkach niedrożności dróg żółciowych i przerwy w odpływie żółci do przewodu pokarmowego spostrzegamy, nie są, zdaniem mojem, następstwem gromadzenia się żółci we krwi (*cholaemia*), lecz wynikiem niedostatecznej czynności, lub nieczynności znacznej ilości komórek wątrobnych.

W jaki sposób przerwa w odpływie żółci z wątroby na tę niedostateczną czynność, lub nawet nieczynność komórek wątrobnych wpływa, nie umiem sobie wytłómaczyć, niemniej, dlaczego bardzo znaczna ilość komórek wątrobnych, tak w obrębie ognisk, w których wśród naczyń włoskowatych krwionośnych mikroskop mniej lub więcej obfite ślady żółci wykrywa, jakoteż poza obrębem tych ognisk, normalne wejrzenie przedstawia, a wątroba niedostatecznie funkcyonuje. Prawda, że ocenianie stanu normalnego lub chorobowego komórek wogóle jest jeszcze bardzo a bardzo niepewne; prawda, że dotąd tylko niejako grubsze, cięższe zmiany chorobowe komórek oceniać umiemy. Dalsze studya, oparte na dokładniejszej aniżeli dotąd znajomości struktury komórki, nauczyć nas muszą oznaczać istniejące zmiany chorobowe komórek, które wskutek naszej dotychczasowej niewiadomości z ich wejrzenia uważamy za normalne. Faktem jest, że t. zw. *hepatargia*, niezdolność czynnościowa, istnieje, że sprawia ona ten skutek, jak gdybyśmy coraz więcej miąższu wątroby usuwali i pozbawiali ustrój coraz większej części narządu, chroniącego go od zatruwania się wytworami chemicznymi, pochodzącymi z przewodu pokarmowego.

Czy moment mechaniczny nie odgrywa żadnej roli w powstawaniu żółtaczki? Nie, tak nie jest, odgrywa on pośrednią rolę. Wiemy przecież, iż w przypadkach zatkania, niedrożności głównego przewodu żółciowego powstaje żółtaczka; związek między przerwą odpływu żółci, a żółtaczką, nie da się zaprzeczyć. Wiemy również, iż po usunięciu chirurgicznem np. kamieni żółciowych, zatykających przewód żółciowy, żółtaczka ustępuje, a wątroba dalej jest czynną z różną energią, zależną od stopnia stałych zmian, jakie w ciągu dłuższy czas trwającego zatkania przewodu żółciowego w wątrobie rozwinąć się mogą, a które tu pomijam, jako ze sprawą patogenezy żółtaczki nic wspólnego nie mające. Związek ten pomiędzy zamknięciem dróg żółciowych, a żółtaczką jest, zdaniem mojem, tylko pośredni.

Zatkanie przewodu żółciowego sprowadza za sobą napełnianie się żółcią, z samego początku normalnie przez wątrobę wytwarzaną, głównego przewodu i grubszych gałęzi dróg żółciowych wśród wątroby. Przy pewnym stopniu napełnienia grubszych przewodów żółciowych uciskają one żyły śródwątrobowe, a w dalszym ciągu powstaje rozszerzenie naczyń włoskowatych krwionośnych śródzrazikowych. To rozszerzenie naczyń włoskowatych krwionośnych wśród zrazików spotyka się w przypadkach przewlekłej żółtaczki u człowieka, spotykają i stwierdzają eksperymentatorowie, którzy studyowali wątrobę po podwiązaniu głównego przewodu żółciowego u zwierząt, a co i w naszym instytucie stwierdził dr. Gliński. Powstaje więc zaburzenie w krążeniu śródzrazikowem, objawiające się niekiedy nawet wybroczynami. Zaburzenie to w krążeniu żylnem i włoskowatem krwionośnem jest analogiczne z tem, jakie spotykamy w nerce, przynajmniej w pierwszych dniach po podwiązaniu moczowodu. Przekrwienie zrazików, a mianowicie części ich środkowych około żyłki środkowej (*vena centralis*), to pierwszy krok ku powstaniu żółtaczki, dostania się żółci w obieg ogólny. Związek między przekrwieniem śródzrazikowem, a żółtaczką wyjaśnimy później.

Momentu mechanicznego jakiejkolwiekbądź przyrody w wielu przypadkach żółtaczki nie ma wcale w żadnej części dróg żółciowych, ani wśród, ani też po za wątrobą. Spotykamy się z żółtaczką w przypadkach transfuzyi krwi, zatruciach substancyami chemicznemi, wpływającemi na krwinki czerwone, przeprowadzającemi hemoglobinę w rozczyn, w toku chorób zakaźnych ostrych, w przypadkach hemoglobinemii, pod wpływem psychicznym i t. d. Powstawanie żółtaczki w tych przypadkach tłómaczą dotąd zboczeniami czynności samych komorek wątrobnych, w ogólności stanem chorobowym komórki wątrobnej (*icterus akathecticus*, *parapedesis bilis*, *paracholia*), która w nieprawidłowym kierunku żółć ku naczyniom limfatycznym wydala.

Wspomniałem powyżej, że obraz mikroskopowy co do siedziby złogów żółci w naczyniach krwionośnych włoskowatych, komórkach ściennych naczyń, co do wejrzenia komórek wątrobnych, jest nawet w ostrej formie żółtaczki, jak po zatruciu psa toluilendiaminą lub w żółtaczce noworodków, dalej u psa np. po kilkudniowem zwężeniu głównego przewodu żółciowego ten sam, co w przewlekłych formach żółtaczki. Szczegół ważny, który świadczy, iż w różnych tych formach żółtaczki przyczyna i sposób dostawania się żółci w obieg ogólny jest jeden i ten sam. (Dok. nast.)

III. **Ze Szpitala Sgo Ludwika i Kliniki pedyatrycznej Uniw. Jagiell. w Krakowie.**

W sprawie gruźlicy u dzieci.

(Częstość i szerzenie się gruźlicy u dzieci; uwagi nad jej rozpoznawaniem).

Podał

Dr. Jan Raczyński

Docent pedyatryi Uniw. Jagiell.

(Dokończenie).

Wymieniając w dalszym ciągu objawy, które zużytkowujemy do rozpoznawania gruźlicy u dzieci, zaznaczyć muszę wielką ważność wyników badania narządu wzrokowego. Tutaj posłużyć nam mogą już pewne właściwości w odcieniu barwy białkówki, znamienne dla oczów u gruźliczych; dalej stałe rozszerzenie źrenic, mające się przydarzać u osób gruźliczych, wskutek podrażnienia nerwu spółczulnego (Harington); świeże lub przebyte zapalenia pryszczykowe i t. d.; ale największą wagę przywiązywać należy do wyniku badania dna oka, mianowicie co do obecności gruzełków. Jest to objaw równoznaczny z wykazaniem prątka gruźliczego w jednej z wydzielin lub tkanin ustroju; w dyagnostyce gruźlicy u dzieci jest to prawie jedyny pewny objaw, tem większego nabierający znaczenia, że przydarza się w przypadkach, w których rozpoznanie jest najtrudniejsze, t. j. w gruźlicy ogólnej.

Patologia uczy nas, że rozmiękłe ognisko gruźlicze, komunikujące z naczyniem, może dać powód do przedostania się do krwi zarazka gruźliczego i rozprzestrzenienia się tą drogą po ustroju; wiemy również, że przedostanie się takie zwykle nie odbywa się jednorazowo (*„auf einen Schub“* Weigerta), lecz że dziać się to może przez pewien czas; wiemy wreszcie, że przedostanie się prątków gruźliczych nie zawsze odrazu prowadzi do sprawy chorobowej zw. *tuberculosis miliaris acuta*, gdyż czasami upływa pewien czas, a sprawa chorobowa przybiera charakter przewlekły.

Na podstawie znajomości patogenezy tej sprawy chorobowej z wyników sekcyjnych, wykazujących tak znaczny odsetek gruźlicy ogólnej u dzieci, twierdzićby też można, że tego rodzaju przewlekłe gruźlice ogólne nie są rzadkie. Od rozpoznania usuwają się one jednak prawie zupełnie. Jak nieocenionym może być w tych przypadkach wynik badania dna oka, pouczyć może nader zajmujący przypadek, spostrzegany przezemnie wspólnie z ś. p. Drem Fr. Sroczyńskim;

P. F., żona urzędnika poczt., przyprowadziła do mnie w maju 1898 r. dziewczynkę 3-letnią, (dziecko odbyło pieszo drogę z ulicy Blichowej do rynku) opowiadając, że dziecko przebyło przed kilku miesiącami krztusiec, w czasie którego gorączkowało, poczem powróciło do zdrowia; przed tygodniem zaczęło gorączkować, a obecnie gorączka minęła, dziecko jakby zdrowe, ale trochę chudnie, nie ma łaknienia, ani humoru, a nadto zauważono pogorszenie wzroku.

Przedmiotowo stwierdziłem u dziecka dość dobrze odżywionego, niegorączkującego, powiększenie wszystkich gruczołów chłonicznych i migdałków; — wywiady co do zdrowia matki wykazały, że cierpi ona na chorobę piersiową, połączoną z krwotokami i t. d.

Nie znalazłszy przyczyny dla opisywanych przez matkę objawów ze strony narządu wzrokowego, odesłałem ją do zbadania ócz dziecka do ś. p. Dra Doc. Fr. Sroczyńskiego, który stwierdził na obu oczach obecność gruzełków w naczyniówce. Ten wynik badania oczów wyjaśnił całą sprawę; opierając się na tym objawie, można było rozpoznać gruźlicę prosówkową ogólną, *(tuberculosis miliaris)*, przypuszczając, że przed kilku dniami, czy też dawniej, a może być, że właśniewówczas, kiedy matka zauważyła gorączkę, nastąpiło rozsianie prątków po ustroju z których pewna część dostała się z prądem krwi do naczyniówki. — Odpowiednio do rozpoznania należało matkę przygotować na prawdopodobieństwo dalszego przedostawania się zarazków gruźliczych do krwi i niekorzystne zejście. Nastąpiło to rzeczywiście, dziecko zmarło wśród objawów gruźliczego zapalenia opon mózgowych w dwa tygodnie później.

Ten pokrótce skreślony przebieg naszego przypadku jest pouczającym przykładem, jak niepostrzeżenie, bez gorączki, prawie bez objawów, bez nadwerężenia sił dziecka, przebiegać może tak groźna sprawa chorobowa, jaką jest gruźlica ogólna, a równocześnie wykazuje najlepiej jak niesłychanie ważne jest badanie ócz nietylko, jak to zwykle bywa, dla wykazania przyrody zapalenia opon mózgowych, ale w ogóle w przypadkach, w których podejrzywamy tak często u dzieci gruźlicę ogólną.

Między środkami, służącymi do rozpoznawania gruźlicy, zajmuje wybitne miejsce tuberkulina. Wypowiedziano już o niej bardzo wiele zapatrywań. Po przejściu okresu gwałtownego starcia się zdań za i przeciw, urabia się dziś zapatrywanie, poparte dłuższem doświadczeniem na dużym materyale (Hutinel, Beck), że tuberkulina jest pewnym środkiem dyagnostycznym, a odpowiednio zastósowana, środkiem nieszkodliwym [1]). Jasnem jest, że, jako środek rozpoznawczy, może ona być zastósowaną w przypadkach podejrzywania gruźlicy u dzieci niegorączkujących.

Usprawiedliwione, czy nie usprawiedliwione obawy przed stósowaniem tuberkuliny, a równocześnie dążenie wyzyskania odczynu gorączkowego ustroju dla rozpoznania, naprowadziły na myśl stósowania w tym celu podskórnych wstrzykiwań płynów obojętnych dla ustroju, jak n. p. wody z dodatkiem chlorku sodowego. Francuscy badacze nazwali te płyny surowicą sztuczną „serum artificiel“. Pierwsze poważniejsze doświadczenia z tą surowicą, przeprowadzone przez Hutinela (1895), wykazały, że środek ten wywołuje rzeczywiście w przypadkach rozwiniętej gruźlicy, zwłaszcza płuc, odczynową gorączkę do 39° C., że jednak posiada on te ujemne strony, iż w przypadkach gruźlicy utajonej zawodzi; dalej, że czasem wywołuje on znaczne podniesienie ciepłoty u osobników niegruźliczych; innemi słowy, z doświadczeń Hutinela wynikło, że surowica sztuczna tego składu nie daje pewnych wyników, dających się użyć w rozpoznaniu gruźlicy.

Tymczasem w r. 1897 pojawiło się doniesienie Sirota, który zmieniwszy skład surowicy przez dodanie siarkanu potasowego i siarkanu magnowego, uzyskał, na niewielkiej wprawdzie liczbie chorych, wyniki zadawalniające.

Wobec tych sprzecznych zdań [2]) uważałem za rzecz odpowiednią wykonać z tą surowicą kilka doświadczeń, tem bardziej, że doświadczenia mogłem wykonać w większym rozmiarze na użyczonym mi łaskawie przez prof. Jakubowskiego materyale szpitala Śgo Ludwika. Przyrządziłem w tym celu płyn według Sirota *(Natri chlorati 6.0, Na-*

---

[1]) Obaj referenci „O sprawie gruźliczej u dzieci“ w sekcyi pedyatr. Zjazdu międzynar. w Paryżu wyrazili się niekorzystnie o tuberkulinie.

[2]) Było to w r. 1898; praca Poljakowa z tegoż roku wówczas nie była mi znaną; później przekonałem się, że wyniki jej są zupełnie zgodne z moimi.

tri sulfurici 10, Magn. sulfur. 2, Aquae d. 1.000), aby przedewszystkiem wykonać kilka próbnych doświadczeń na osobnikach zdrowych. Doświadczenia te miały też na celu oznaczenie dawki, choćby w przybliżeniu; Sirot wstrzykiwał dorosłym 20 sz. ctm.; u dzieci należało stósować od 3—10 sz. ctm.

Pierwsze doświadczenia wykonałem na zupełnie zdrowym 10-letnim chłopcu, któremu wstrzyknąłem 10 sz. ctm., a zabieg ten nie wywołał żadnego odczynu, lub zaburzenia w ustroju. W dwa tygodnie później powtórzyłem doświadczenie na tym samym osobniku, wstrzykując mu 15 sz. ctm., a tym razem wywołałem bardzo typowy odczyn gorączkowy; w ciągu 3-ch godzin po zabiegu ciepłota podniosła się do 39·6, a po 16 g. opadła znów do prawidłowej. To drugie doświadczenie wzbudziło we mnie pewną nieufność do surowicy Sirota; jeżeli ustrój zdrowy, a za takiego musiałem uważać badanego, przy przekroczeniu pewnej dawki tak wybitnie oddziaływa, to jasnem jest, że nieznając dawki dla danego osobnika, często możemy tę nieznaną dawkę mimowoli przekroczyć, wywołać odczyn gorączkowy i odnieść go do nieistniejącej gruźlicy. Ale nie był to jedyny zawód w tych doświadczeniach; temu możnaby jeszcze zaradzić, wstrzykując małe dawki. — W dalszym ciągu doświadczeń zawiodła mnie ta surowica, nie wywołując odczynu gorączkowego w przypadkach rozwiniętej gruźlicy, stwierdzonej później sekcyą. Tak n. p. nieotrzymałem podniesienia ciepłoty w przypadku gruźlicy płuc o przebiegu przewlekłym u 9-letniego chłopca, nadzwyczaj wyniszczonego chorobą, jak również u 4-letniej dziewczynki, której zastrzyknąłem 5 sz. ctm. owej surowicy w pierwszym okresie później sekcyją stwierdzonej *meningitis tuberculosa*.

Nie mogę jednak twierdzić, aby wszystkie doświadczenia szły tak na opak, — przeciwnie z 30 kilku doświadczeń (szczegółów nie przytaczam) wypadło przeszło 20 nadzwyczaj jasno, odczyn gorączkowy występował w ciągu 3—7 godzin po zastrzyknięciu, ciepłota dosięgała lub przekraczała 39° C., aby po upływie mniej więcej 24 godzin ustąpić zupełnie. O dzieciach tych można było przypuszczać, że były gruźlicze, a było to tem więcej ciekawe, że były między niemi także przypadki, klinicznie jako zołzy się przedstawiające, jeden przypadek *lymphangioma colli* i t. d. W kilku dalszych przypadkach nie otrzymałem wcale odczynu; u reszty wystąpiło podniesienie ciepłoty ciała, nie przekroczyło jednak 38° C., a wynik taki był wątpliwy.

Prawda, że wobec pierwszych doświadczeń i stałej obawy, że odczyn pochodzi z przekroczenia dawki, takie same wątpliwości można było mieć i co do przypadków, w których odczyn wystąpił wybitnie. Ztąd też i ogólne wrażenie tych doświadczeń jest takie: że surowica sztuczna, użyta jako środek rozpoznawczy, w wielu razach pozostawi nas w tej samej niepewności, tak jak i inne środki, służące do rozpoznawania gruźlicy.

Nieotrzymawszy korzystnych wyników z doświadczeń nad sztuczną surowicą, zadałem sobie pytanie, czy do wykazania przynajmniej niektórych postaci gruźlicy nie możnaby użyć badania krwi pod względem obecności w niej prątków gruźliczych? Nie ulega wątpliwości, że prątki gruźlicze we krwi się znajdować mogą, jest to bowiem naturalnem następstwem, że się tak wyrażę, mechanizmu uogólniania się gruźlicy. Jeżeli bowiem zarazek gruźliczy roznoszony bywa po ustroju drogą krążenia, jeżeli nadto, jak to słusznie Weigert twierdzi, nie odbywa się to na jeden raz, to mimo znanego faktu, że prątek gruźliczy we krwi się nie rozwija, przecież muszą być pewne okresy czasu, w których on się we krwi znajduje. Podjęcie badań w tym kierunku u dzieci wydawało się tem więcej uzasadnione, że właśnie u dzieci częste są te postacie gruźlicy, w których przychodzi do przedostania się prątków gruźliczych do krwi; w mojem zestawieniu *(Przegląd lekarski* Nr. 29 b. r.) blizko połowa dzieci, ginących do 3 roku życia z gruźlicy, uległa gruźlicy ogólnej. Znajdując uzasadnioną myśl samą, należało zastanowić się nad sposobem badania; znane są prace Lustiga, Stickera i t. d., którym udało się wykazać prątki gruźlicze we krwi w przypadkach gruźlicy ogólnej za pomocą badania wprost pod mikroskopem kropli krwi, odpowiednio zabarwionej, wiadomo jednak, jak tego rodzaju badania tylko niesłychanie rzadko uwieńczone zostają wynikiem dodatnim. Należało więc obrać inną drogę, a najprostszą i najpewniejszą wydawała się droga, używana także do wykazania gruźlicy w tkankach, wydzielinach i t. d., to jest droga doświadczalna.

Doświadczeń tego rodzaju, o ile mi wiadomo, dotąd nikt nie wykonywał; badania Maragliano odnosiły się do toksyczności krwi gruźliczych.

Wykonanie samego doświadczenia przedstawiało się bardzo prosto; należało wziąć pewną ilość krwi z chorego na gruźlicę ogólną i zaszczepić ją zwierzęciu.

W maju 1899 przedsięwziąłem też, przy chętnej pomocy asystenta kliniki pedyatrycznej, Dra Ks. Lewkowicza, tego rodzaju doświadczenia i wziąwszy w trzech przypadkach, później sekcyą stwierdzonej gruźlicy ogólnej i równoczesnego zapalenia gruźliczego opon mózgowych, po 1—3 sz. ctm. krwi z żyły pośrodkowej, zastrzykiwaliśmy ją natychmiast, poprzednio tuberkuliną badanym świnkom.

We wszystkich trzech przypadkach wynik tych szczepień był ujemnym, zwierzęta nie okazywały żadnych zmian gruźliczych.

Czy wobec tego możemy twierdzić, że prątków gruźliczych we krwi w tych przypadkach w chwili badania nie było? Mojem zdaniem, nie, gdyż przedewszystkiem mogły być, ale w tak niewielkiej ilości, że niewystarczyły do wywołania gruźlicy u świnek; powtóre, twierdzimy, że gruźlica ogólna przychodzi w ten sposób do skutku, iż prątki z krwią tętniczą krążąc dostają się jak na sączki do narządów i tam też się zatrzymują, t. j., że prątki głównie znachodzić się będą w krwi tętniczej; tymczasem my badaliśmy krew z żyły. Stać się więc mogło, że to był jeden z powodów ujemnego wyniku doświadczeń; może być, że biorąc krew z tętnicy, bylibyśmy w stanie udowodnić obecność w niej prątków, ale byłby to już zabieg większy, a dotychczasowe doświadczenia były wystarczające dla wykazania, że i tą drogą celu zamierzonego, tj. korzyści dla klinicznego rozpoznania nie osiągniemy.

IV. Wyciągi.

Prof. Kruse (Bonn). **O czerwonce, jako chorobie pospólnej i o jej przyczynie.** *(Deutsch. med. Wochs.* 1900, Nr. 40). W osta-

tnich dwudziestu latach nie pojawiała się w państwie Niemieckiem prawie wcale nagminna czerwonka, prócz Prus i Poznańskiego. Ostatni groźny jej wybuch na zachodzie Niemiec w roku 1870 pozostawił wprawdzie przez kilka lat następnych pomniejsze ogniska, jednakże później i one zupełnie wygasły, aż dopiero teraz pojawiła się czerwonka na nowo ze znacznem nasileniem w zachodnich fabrycznych okolicach Niemiec. Kruse ostrzega, że stamtąd może być przez ruchomą ludność robotniczą rozwleczoną po całych Niemczech, podobnie, jak po wojnie francusko-pruskiej rozwleczoną została przez wojsko. Kruse, znany już z badań nad etyologią dysenteryi stref gorących, którą przypisuje działaniu pełzaków, wyprawił się w r. b. do Laar, gdzie od lipca grasuje czerwonka, aby wykryć przyczynę choroby. Przedewszystkiem stwierdził, że nie są nią pełzaki (znalazł je tylko w jednym przypadku). Natomiast badając grudki ropne, zawarte w stolcach wczesnych okresów czerwonki, zdołał w tych grudkach wykryć, a następnie wyhodować prątki, które uważa za właściwą przyczynę choroby i wprost już prątkami czerwonki nazywa. Prątki te hodowlą swoją najwięcej przypominają prątki durowe, jednakże różnią się od nich bardzo znacznie postacią; różnią się także znamiennie od prątka okrężnicy *(b. coli)*. Wprawdzie doświadczalnie nie powiodło się Krusemu wywołać zapomocą nich czerwonki u zwierząt (nawet u bardzo na dysenteryę stref gorących wrażliwych kotów), jednakże stałe ich znachodzenie się w stolcach chorych, oraz zjawisko aglutynacyi (zlepiania się), jakie w hodowlach wywołuje surowica ozdrowieńców po czerwonce, przemawiają za rolą przyczynową wykrytego drobnoustroju. Zupełnie podobne prątki wykrył zresztą niedawno Shiga w przypadkach nagminnej czerwonki w Japonii. *Ciechanowski.*

Doc. Bernheim (Zurich). **O drobnoustrojach, wywołujących zapalenie płuc, a podobnych do dwoinek zapalenia opon mózgowych.** *(Deutsche med. Wochs.* 1900, Nr. 40). W przypadku ogniskowego zapalenia płuc u 14 mies. dziecka, w którym — zwykły zresztą — przebieg zakończył się szybko śmiercią, wykrył B. w płucach dwoinki, zupełnie podobne postacią i hodowlą do *meningococcus intracellularis* Weichselbauma. Wprawdzie dwoinki Weichselbauma wywołują, jak stwierdzono wielokrotnie, — wtórne zapalenie płuc w przebiegu zapalenia opon, jednakże dotąd nie opisano przypadku pierwotnie przez nie wywołanych zmian w płucach, aczkolwiek jest wielce prawdopodobne, że t. zw. *coccus catarrhalis* Pfeiffera, będący przyczyną śmiertelnych niekiedy zapaleń oskrzeli u osesków, nie jest niczem innem, jak dwoinką Weichselbauma. Zestawiając spostrzeżenia Pfeiffera ze swoim przypadkiem, wysnuwa z tego autor wskazówkę, że na owe, napozór nieraz dość niewinne, nieżyty oskrzelowe u dzieci należy odtąd baczniejszą zwracać uwagę, bo w tych razach, w których wywołał je *meningococcus*, może on drogą oskrzeli wtargnąć w głąb ustroju i doprowadzić do zabójczego zapalenia opon. *C.*

Sommerfeld. **Użytek termoforu na mleko.** *(Berlin. klin. Wochs.* 1900. Nr. 41). Termofory na mleko, wprowadzone niedawno do handlu, spotkały się odrazu z niedowierzaniem. Wszak w obawie przed rozwojem bakteryi nauczono się mleko po wyjałowieniu przechowywać w lodowni, tymczasem wbrew tej regule ma właśnie termofor utrzymywać mleko na ciepło (około 50° C), zaoszczędzając przygrzewania mleka przed podaniem dziecku. Tymczasem badania Dunbara, Dreyera i Kobraka niespodziewanie wykazały, że ilość bakteryi w mleku, przechowywanem w termoforze, nie wzrasta. S., badając wartość termoforów z polecenia prof. Bagińskyego, w zupełności potwierdza to spostrzeżenie i dochodzi do następujących wniosków: Surowe mleko, po przechowaniu przez (przynajmniej!) 5 godzin w termoforze zawiera tylko bardzo mało bakteryj, i to nie więcej niż mleko, wyjałowione sposobem Soxletha lub wygotowane, a niekiedy nawet wcale bakteryj nie zawiera. Pięciogodzinne działanie termoforu niszczy w mleku napewno prątki durowe i gruźlicze. Prątki, tworzące zarodniki, zachowują się w mleku surowem zupełnie taksamo, jak wszystkie inne prątki, t. j. giną w termoforze. Wreszcie działanie termoforu jest korzystne także dla mleka gotowanego, pasteuryzowanego lub wyjałowionego, gdyż znajdujące się jeszcze w takiem mleku prątki, w termoforze szybko giną, a po 5 godzinach często nie ma ich ani śladu. Wobec tego zaleca S. gorąco termofory, których jedyną wadą jest obecnie dość wysoka jeszcze cena. *Z.*

Prof. Kehrer (Heidelberg). **Rzadki przypadek azoospermii.** *(Münch. med. Wochenschft Nr. 36, 1900).*

W przypadku tym, który dla swej oryginalności zasługuje na szczególniejszą wzmiankę, wymagał pacyent od autora kategorycznej decyzyi, czy on (pacyent) jest zdolnym do rozpłodu, tem bardziej, że według zeznania żony, ojcem istniejących dwojga dzieci miał być innym mężczyzna. Na podstawie tedy ścisłego badania, wykazującego zupełną azoospermię, pooperacyjny brak jednego jądra, nadto przebytą przewlekłą rzeżączkę, oświadczył autor, że pacyent wprawdzie jest płciowo zdolnym, jego nasienie atoli nie ma siły zapładniającej — wobec czego zeznanie żony zasługuje na zupełną wiarę. K. więc radzi wszystkim młodym ludziom, którzy przebyli przewlekłą rzeżączkę, a w ciągu tego i zapalenie jąder, poddać się przed ożenieniem ścisłemu badaniu lekarskiemu, by w ten sposób zapobiedz późniejszym niesnaskom domowym. Referent nie może pominąć ciekawego jednego szczegółu, odnoszącego się do powyższego przypadku. Skoro rzeczony pacyent chciał się zrzec rzekomych swych dzieci, sąd zmusił go, by je stósownie wychował z tem nadmienieniem, że są zupełnie legalnem potomstwem, albowiem pacyent, jako ojciec (w obliczu prawa), nie zaprzeczył ojcowstwa zaraz w ciągu ich pierwszego roku życia, czego ustawa wymaga. *Dr. Henryk Pisek.*

Dr. Groedel (Nauheim). **Leczenie przewlekłego zapalenia nerek.** *(Deutsche Medicinal-Zeitung* 1900, Nr. 27). Stósowanie kąpieli w leczeniu przewlekłego zapalenia nerek natrafia czasem na poważne przeciwwskazania; do nich autor zalicza: 1) przypadki przewlekłego zapalenia miąższowego lub śród-miąższowego nerek, w przebiegu których od czasu do czasu występuje zaostrzenie sprawy zapalnej ze zwiększoną ilością białka i krwi w moczu; 2) przypadki śród-miąższowego zapalenia nerek, do których przyłączają się wysokiego stopnia zaburzenia w krążeniu krwi tak, że wywołują objawy zastoju, zadyszkę i t. d. przy rozszerzonem i niedomożnem sercu; 3) przypadki, w których marskość nerek schodzi się z silnem stwardnieniem tętnic: 4) wreszcie wszystkie te przypadki, przy których miały miejsce: udar mózgowy, obrzęk płuc, objaw Cheyne-Stockesa. Zatem wodoleczenie należy stosować tylko w tych przypadkach śródmiąższowego zapalenia nerek, w których zaburzenia w krążeniu krwi są jeszcze w początkowym okresie; takim chorym kąpiele w szczawach solankowych mogą przynieść istotną ulgę, a to przez pobudzenie czynnościowe skóry, podobne w skutkach do leczenia potnego, oraz przez wzmożenie przemiany materyi. Główne działanie tych kąpieli polega na korzystnym wpływie na serce, a tem samem na poprawę krążenia krwi, oraz na zmniejszenie się podmiotowych dolegliwości chorego. Kwas węglowy rozszerzając naczynia, zmniejsza w nich parcie ościenne, a tem samem ułatwia pracę sercu, na które kwas węglowy prócz tego wpływa skrzepiająco; zapewne do tego wpływu na obieg krwi i pracę serca należy odnieść zwiększoną ilość wydzielanego moczu. *A. K.*

Dr. L. Brodier i Dr. Durand-Viel. **Dusznica bolesna na tle dny.** *(La Presse médicale* 1900 Nr. 83). Dusznica bolesna u cierpiących na dnę nie należy do rzadkości i zależy od przyczyn nader rozmaitych. Są to bądź napady dusznicy istotnej, będącej następstwem zapalenia tętnicy głównej i zwężenia światła tętnic wieńcowych serca; bądź też cierpienie to jest przyrody newralgicznej, zależne od zwykłej niestrawności; wreszcie dusznica bolesna może być bezpośrednim następstwem dny, t. j. zależeć od wpływu skazy dnawej na splot sercowy i stanowić równoważnik napadów dny stawowej, z którymi dusznica często naprzemian występuje. Ta odmiana dusznicy bolesnej na tle dny dawno była znaną i przyjętą przez wszystkich autorów. Ze względu na nadzwyczajną rzadkość sekcyi zwłok takich chorych, autorowie przytoczyli przebieg choroby spostrzeganego przez nich przypadku i podali szczegóły anatomiczne, których dostarczyła sekcya. Wnioski ich są następujące: ponieważ sekcya nie wykryła żadnej zmiany w tętnicy głównej i w tętnicach wieńcowych serca, przeto sądzą autorowie, że napady dusznicy bolesnej, spostrzegane za życia, należy odnieść do rwy splotu sercowego. Napady dusznicy bolesnej występowały u tego chorego naprzemian z napadami dny stawowej. Wystąpienie nagłe dusznicy bolesnej bezpośrednio po ustaniu napadu dny stawowej ma być, według Hucharda, cechującem dla napadów dusznicy na tle dny, czyli, że w przypadku, opisanym przez autorów, mieli oni do czynienia z dną splotu sercowego. *A. K.*

Bozzalo. **Najwcześniejsze objawy gruźlicy.** *(The Lancet* 1900 Nr. 31). Do najwcześniejszych oznak zapowiadających gruźlicę, Bozzalo zalicza: 1) białkomocz naprzemian z fosfaturyą; 2) bladnicę wrzekomą, różniącą się od bladnicy istotnej mniej wybitnem zmniejszeniem się hemoglobiny i mniejszem natężeniem objawów w zakresie krążenia krwi; 3) zaburzenia w trawieniu (brak łaknienia, gastralgia, nudności, wymioty); 4) przyspieszenie tętna w stanie bezgorączkowym; 5) obniżenie parcia śródnaczyniowego; 6) podniesienie ciepłoty po zmęczeniu cielesnem lub umysłowem; 7) łatwe pocenie się przy wysiłku cielesnym lub umysłowym, poty nocne; 8) bóle czołowe, nad oczami i w karku; 9) nieznaczną nierówność źrenic, silnie zwykle rozszerzonych; 10) występowanie półpaśca; 11) obrzęk śledziony. *A. K.*

na wsi pod strzechą wiejską. U obu nie dostrzeżemy w kierunku rozwoju władz umysłowych subtelniejszych różnic mniejwięcej do szóstego miesiąca życia; lecz w tym czasie, gdy wogóle już dzieci zaczynają poznawać matkę i niańkę, zwracać uwagę na różne przedmioty, dziecię wychowywane pod strzechą wiejską, zapoznając się ze swem otoczeniem, wpatruje się z wielką ciekawością w płonące na kominie ognisko, zwraca uwagę na uwijającą się po podłodze kurę z kurczętami i sięga rączką, by je pochwycić. Wyniesione na próg domu, z ciekawością patrzy na pasące się stado gęsi, śledzi wzrokiem ruchy powracającego z pola bydła i koni. Obrazy te, przesuwając się codziennie przez rok cały przed wzrokiem dziecka, utrwalają się w jego pamięci, a ptactwo i zwierzęta domowe stają się jego dobrymi znajomymi. Gdy przy końcu drugiego roku życia zacznie na dobre chodzić i biegać, nie boi się wcale znanego mu już ptactwa i zwierząt. Odważnie wpada z małym pręcikiem w ręku między stado gęsi, które spłoszone, ku jego i rodziców wielkiej uciesze, rozpierzcha. Również bez obawy zbliża się wyzywająco do krowy i konia, a od zapędów tych ostrożna matka wstrzymywać go musi, by nie doznał szwanku.

Jeśli do tej samej zagrody wiejskiej wprowadzimy nagle dwuletnie dziecię, wychowywane w mieście, to ten świat nowy i nieznany wprowadzi go w zdumienie. Wszystkiemu, co tu zobaczy, przyglądać się będzie równocześnie z ciekawością i zaniepokojeniem. Wyniesione na podwórko na ręku matki lub trzymając się silnie jej sukni, obserwować będzie ptactwo i zwierzęta z pewnem niedowierzaniem i obawą. Pozostawione przypadkowo samo, natknąwszy się zblizka na jedną niewinną gąskę, popadnie w śmiertelną trwogę, a obraz jej, jakby apokaliptycznego potwora, pozostawi w jego wyobraźni głębokie wrażenie i stać się może przyczyną więcej nerwowego usposobienia na przyszłość.

Dwa dopiero co opisane, a wszystkim dzieciom bez wyjątku właściwe instynkta: ciekawości i ducha zachowawczego, znane są dobrze pedyatrze i liczy się z nimi zawsze przy obserwowaniu i badaniu małych pacyentów (szczególniej w wieku między drugim a czwartym rokiem życia). By pozyskać ich zaufanie, powinien lekarz, wchodząc do pomieszkania, nie zwracać się wprost i szybko do dziecka, lecz przez pewien czas udawać, że go nie widzi, dając mu w ten sposób możność do zaspokojenia ciekawości i przyzwyczajenia się do obecności nowego przybysza. Wśród tego nawiązać należy z matką rozmowę, ale nie o małym pacyencie, lub o jego chorobie, lecz o takich przedmiotach, lub rzeczach, znajdujących się w pomieszkaniu, które dziecko zna i niemi się zajmuje, jak np. o wiszącym na ścianie zegarze, lub o świecących ramach obrazu. Dziecię zwykle rozmowę taką rozumie, przysłuchuje jej się z ciekawością i w loice swej dochodzi do wniosków, że skoro nowego przybysza matka się nie boi i ono bać się go nie potrzebuje; a to tembardziej, że temu nowemu przybyszowi podobają się też same przedmioty i zabawki, co jemu. Tak postępując, lekarz wpływa uspakajająco na instynkty: ciekawości i zachowawczy i po chwili spokojnie do dziecka zbliżyć się może.

W wykładzie moim zająłem się nieco obszerniej opisem kilku szczegółów, odnoszących się do rozwoju władz umysłowych u dzieci; uczyniłem to jednakże w tym celu, by udowodnić, że przy obecnym kierunku gruntowniejszych badań co do powstawania i rozwoju ducha ludzkiego przez psycho- i socyologów, w dostarczeniu materyału kazuistycznego lekarz pedyatra pomocnym być może. Na potwierdzenie powyższego zdania nadmienić muszę, że Dr W. Preyer zajmując się od r. 1880 z wielkiem zamiłowaniem psycho-genezą człowieka, śledząc za pierwszymi zawiązkami powstawania i rozwijania się władz umysłowych, z największą ścisłością spostrzegał własnego syna od urodzenia do końca trzeciego roku życia, spisując trzy razy dziennie dostrzeżone u niego objawy rozwijających się zmysłów i władz umysłowych. Na podstawie poczynionych spostrzeżeń spisał dzieło objętości 462 stronic [10]), które od roku 1895 doczekało się czterech wydań.

Znakomity francuski psycholog Gabriel Compayré rektor akademii w Lyonie, w dziele: „Evolution intellectuelle et morale de l'enfant", uwieńczonem przez akademię francuską, (a o którem już powyżej wspomniałem), w wielu miejscach przy omawianiu spraw, odnoszących się do rozwoju władz umysłowych u dziecka, powołuje się na spostrzeżenia Preyera, jako obecnie najpewniejszego obserwatora-lekarza, znającego dziecko.

Lecz nie na tem jeszcze kończy się zakres działania pedyatry. Wspólnie z chemikiem pracuje on nad udoskonaleniem i obmyśleniem najodpowiedniejszego pożywienia dla dziecka w pierwszym roku życia, któreby pierś macierzyńską zastąpić mogło. Jest to jedna z najżywotniejszych spraw w obecnej dobie, gdy kobiety, coraz więcej oddając się pracom w zakładach i fabrykach, zajmując stanowiska w zakładach przemysłowych, biurach, urzędach i szkołach, coraz mniej mają czasu i coraz mniej poczuwają się do obowiązku macierzyńskiego karmienia dzieci, wskutek czego coraz liczniejsza rzesza nowo na świat przychodzących niemowląt sztucznie musi być żywioną.

Wreszcie, gdy patologowie wśród poszukiwań histologicznych odkryli drobnoustroje, stwierdzając, że w nich tkwią przyczyny chorób zakaźnych i gdy w ostatnich latach dla zwalczania ich zostały wynalezione swoiste leki w antytoksynach, na pedyatrę, który u dzieci spotyka się najczęściej z najgroźniejszemi chorobami zakaźnemi, w pierwszym rzędzie spadł obowiązek stósowania tych nowych leków i wydawania opinii o ich skuteczności. Jak pedyatrzy z zadania tego się wywiązują, stwierdza piśmiennictwo, a głównie wykazy i szczegółowe sprawozdania, ogłaszane drukiem w rocznikach, poświęconych chorobom dzieci. Za przykład posłużyć może dopiero co w lipcu r. 1900 ogłoszona drukiem statystyczna rozprawa Dra Siegerta, docenta w Strassburgu, na temat: „Cztery lata przed i po wprowadzeniu leczenia błonicy surowicą" [11]). W rozprawie tej podaje autor, na podstawie materyału, zebranego ze sprawozdań szpitali dziecięcych w Europie (od r. 1890 do r. 1898), tablice statystyczne o dokonanych operacyach w przebiegu dławca błoniczego u dzieci, opierające się na imponującej liczbie 37.000 przypadków. Jeżeli na tem miejscu coś o własnym domu powiedzieć się godzi, to do zestawienia tej statystycznej pracy krakowski nasz szpital św. Ludwika przy-

[10]) »Die Seele des Kindes. Beobachtungen über die geistige Entwickelung des Menschen in den ersten Lebensjahren«.

[11]) »Vier Jahre vor und nach der Einführung der Serumbehandlung der Diphterie«. Jahrbuch für Kinderheilkunde, dritte Folge, 2 Band, 1 Heft pag. 56—115.

czynił się liczbą 1017 w przebiegu dławca operowanych (tracheotomie, intubacye) i równocześnie surowicą leczonych przypadków.

Wśród wytrwałej pracy we wszystkich krajach zwiększają się zastępy zawodowych pedyatrów, którzy owoce swej pracy ogłaszają we własnych, dzisiaj licznych, czasopismach i rocznikach[12]).

[12]) Profesor Dr. Karol Hennig w najobszerniejszej dotąd historyi nauki o chorobach dzieci, wydanej w zbiorowem dziele Gerhardta „Handbuch der Kinderheilkunde" (tom I w ed. II 1882 pag. 73), wylicza celniejsze czasopisma, wydawane wyłącznie w zakresie tego przedmiotu. Od owego czasu w tej gałęzi piśmiennictwa peryodycznego znaczne zaszły zmiany. Mówiąc tutaj o postępie i rozwoju pedyatryi, uważam za stósowne podać wykaz szczegółowy, tak dawniej wydanych, jak i dotąd wychodzących roczników i czasopism.

I. Czasopisma, które już nie wychodzą:

1. Bibliothek für Kinderärzte, r. 1792—93, Wiedeń, wydaje Ahorner.
2. Sammlung auserlesener Abhandlungen über Kinderkrankheiten od r. 1830 do 1838, Praga, wydawca Franciszek Mexler, (ogółem tomów 8).
3. Analecten über Kinderkranheiten od 1834 do 1857 w Stuttgardzie (ogółem wyszło tomów 4).
4. Journal für Kinderkrankheiten od 1843 do 1872 w Erlangen. W poważnym okresie lat 30 zmieniali się wydawcy; byli niemi z początku Drowie Behrend i Hildebrand w Berlinie, przy końcu prof. Dr. Antoni Wintrich w Erlangen (ogółem wyszło tomów 59).
5. Österreichische Zeitschrift für Kinderheilkunde od r. 1855 do 1857 w Wiedniu pod redakcyą prof Mauthnera i Dra Krausa (tomów 2).
6. Österreichische Jahrbuch für Paediatrik od r. 1870 do r. 1877 w Wiedniu pod redakcyą prof. Rittershaina z Pragi i Maxymiliana Herza z Wiednia (tomów 7).
7. Centralzeitung für Kinderheilkunde od r. 1877 do r. 1879 w Berlinie, wydają Dr. Adolf Bagiński z Berlina, Dr. Aloizy Monti z Wiednia (tomów 2).
8. Centralblatt für Kinderheilkunde w r. 1887 w Pradze pod redakcyą Raudnitza (tom 1).

II. Obecnie wychodzą następujące czasopisma:

1. Jahrbuch für Kinderheilkunde und physische Erziehung od r. 1858, a w szczególności:
   a) Pod kierunkiem prof. Mayera, Drów Politzera i Szullera w Wiedniu od r. 1858 do 1866 (ogółem tomów 8);
   b) Nowe wydawnictwo (neue Folge) od r. 1868 do r. 1899 w Lipsku pod zmieniającemi się w ciągu lat redaktorami głównemi, z których jedynie przez cały czas stale spotykamy się z nazwiskiem prof. Widerhofera z Wiednia (ogółem tej drugiej seryi wydawnictwa, w ciągu 31 lat wyszło tomów 50).
   c) Trzecia serya rocznika (dritte Folge) rozpoczyna się z r. 1900 w Lipsku pod redakcyą Drów O. Heubnera, A. Steffena, H. v. Widerhofera.
2. Archiv für Kinderheilkunde wychodzi od r. 1880 w Stuttgardzie pod redakcyą Bagińskyego, Herza i Montiego (dawnych redaktorów niewychodzącego już Centralzeitung für Kinderheilkunde).

Jak widzimy, do tego czasu z zakresu pedyatryi wychodziły pisma peryodyczne tylko w języku niemieckim; umieszczali w nich jednak prace swe pedyatrzy innych narodowości, a szczególniej Francuzi i Anglicy. Od r. 1883 zaczynają wychodzić pisma peryodyczne z zakresu chorób dziecięcych i w innych językach, jako to (podaję tu znane mi):

3. Revue mensuelle des maladies de l'enfance, od r. 1883 w Paryżu pod redakcyą Drów Cadet de Gassicours i de Saint-Germain.
4. Archivio di patologia infantile od r. 1883 pod redakcyą prof. Luigi Somma.
5. Revista de Enfermedades de Ninos od r. 1883 w Madrycie.
6. The archivies of pedatrics a monthly journal devited to the diseases of infants and children, od r. 1884 Jersey City N. J. wydawca William Perry Watson.

W ostatnich czasach wychodzą jeszcze w Niemczech:

7. Centralblatt für Kinderheilkunde od r. 1895 w Lipsku pod redakcyą Graetzera.
8. Der Kinderarzt od r. 1889 w Lipsku pod redakcyą Sonnenbergera.

W Moskwie wychodzi:

9. Dietskaja medicina (ros.), wydaje prof. Filatow.

W Niemczech, Ameryce i Francyi zawiązały się w ostatnim dziesiątku lat osobne stowarzyszenia pedyatrów, odbywające peryodycznie (zwykle corocznie) zjazdy i wydające szczegółowe sprawozdania z odczytywanych rozpraw i prowadzonych dyskusyi na posiedzeniach[13]).

Oto w ogólnych ramach ujęty zakres działania i obowiązków w dziedzinie nauk lekarskich i przyrodniczych zawodowego pedyatry, który, jeżeli z rozległego zakresu swej specyalności wybierze jeden szczegół do bliższego zbadania, gdy przy dociekaniu nasuwających się zjawisk i śledzeniu za ich przyczynami po długich miesiącach lub latach dojdzie do pewnych wyników, lecz dostrzeże, że w sprawie przezeń badanej nowe otwierają się wątpliwości, wymagające wyjaśnień, — powtórzyć musi tak prawdziwe, a od lat dawnych przez uznojonych, lecz nie strudzonych pracą badaczy wypowiadane zdanie:

„Ars longa, vita brevis".

[13]) Na 56 Zjeździe niemieckich przyrodników i lekarzy we Freiburgu w r. 1883 zawiązało się stowarzyszenie pedyatrów: „Gesellschaft für Kinderheilkunde", które corocznie w miejscu odbywających się zjazdów przyrodników i lekarzy niemieckich miewa swe posiedzenia, z których ogłasza drukiem sprawozdania w osobnym roczniku: „Verhandlungen der Gesellschaft für Kinderheilkunde" (Redaktor Dr. Emil Pfeiffer, Wiesbaden) Od r. 1883 wyszło takich sprawozdań 16. O czynności i żywotności stowarzyszenia pedyatrów w Niemczech świadczy ostatni rocznik (XVI) zjazdu w Monachium w r. 1899, obejmujący 340 stronic druku. Ze sprawozdania dowiadujemy się, że do stowarzyszenia w tymże roku należało 161 członków.

Stowarzyszenie pedyatrów w Ameryce istnieje od r. 1889; sprawozdania z odbytych zebrań wydaje w dzienniku: „Transactions of the American Pediatric Society", wreszcie takież stowarzyszenie we Francyi, zawiązane w r. 1899, wydaje: „Bulletins de la Societé de Pediatrie de Paris".

VII. **Medycyna na wystawie światowej w Paryżu 1900.**

III.

Na placu Alma w pałacu Kongresów znajduje się wystawa stowarzyszeń wstrzemięźliwości we Francyi, Rosyi, Niderlandach i Szwajcaryi. Ze stowarzyszeń francuskich wzięły udział w Wystawie trzy: 1) *Societé francaise de temperence* jest najstarsze, założone w r. 1872 przez Dra Lunier; przedstawiło ono w liniach graficznych znaną równoległość, zachodzącą między ilością spożywanego wyskoku, a liczbą zbrodni, samobójstw, rozwodów, pomieszania zmysłów i t. d. Obraz olejny przedstawia zestawienie dwojga dzieci, z których jedno krzywicze, pochodzi z rodziców opilców, drugie rozwinięte wspaniale po rodzicach wstrzemięźliwych. Stowarzyszenie to wydaje *Bulletin*, zawierający często poważne rozprawy z zakresu alkoholizmu, ogłasza broszury w celu szerzenia wstrzemięźliwości, rozdaje nagrody osobom odznaczającym się powściągliwością w piciu. 2) *L' Union française antialcoolique*, założone w r. 1895 przez Dra Legraina, posuwa wstrzemięźliwość do granic zupełnego powstrzymania się; wychodzi ono z zasady, że „umiarkowanie jest cnotą bez należycie określonych granic, przeto należy je odrzucić". Posługuje

się drukiem i mownicą do szerzenia swych zasad, posiada jadłodajnie przeciwalkoholiczne i dosięgło 45 tysięcy członków. Wydaje dwa czasopisma: *L'Alcool* i *La Revue Bleue*. 3) *L'Association de la jeunesse française tempérante* zostało założone w r. 1895. Stowarzyszenie to rekrutuje swych członków wśród młodzieży szkół gminnych; wychodzi ono z zasady, że wstrzemięźliwość nie stoi na przeszkodzie do używania napojów, wytworzonych przez kiśnienie (fermentacyę), jak wino, jabłecznik, piwo i t. d.; natomiast występuje bezwzględnie przeciw napojom przekroplonym, jak koniak i inne wytwory wyskokowe. Stowarzyszenie to zwalcza najostrzej piołunówkę (absynt), w wysokim stopniu, jak wiadomo, nadużywaną we Francyi. Tablice, wystawione przez pannę Leclere i pana Bocquillon, pouczają w sposób prosty i pouczający o niszczeniu zdrowia, które sprowadza piołunówka. Liczba członków tego stowarzyszenia wynosi 2000; posiada ono własny organ *La Jeunesse;* zresztą, jak i inne, wpływa na ogół drogą odczytów i broszur.

Francuzkie stowarzyszenia wstrzemięźliwości znajdują poparcie w prasie i produkcyach artystycznych malarzy.

W dziale wstrzemięźliwości zastępuje Szwajcaryę na wystawie stowarzyszenie „Błękitnego Krzyża", założone w r. 1877 przez pastora Rochat. W istocie stowarzyszenie to jest raczej międzynarodowe, gdyż posiada sekcye we Francyi, Belgii i Niemczech. Trzyma się zasady wstrzemięźliwości bezwzględnej.

Niderlandy rozpoczęły walkę z opilstwem jeszcze w r. 1842, w którym powstało w tym kraju *Société Néerlandaise pour l' abolition des boissons fortes;* posiada ono własny organ *Volksvriend* (przyjaciel ludu). Stowarzyszenie to dało bodźca do założenia innych tego rodzaju związków, które uwidoczniły na wystawie swoją działalność o tyle skuteczną, że ilość wypijanego wyskoku w Niderlandach zmniejsza się z roku na rok. W Amsterdamie istnieje stowarzyszenie wstrzemięźliwości nauczycieli, którzy rekrutują członków wśród dzieci z ludu.

Stósownie do formy monarchicznej rządu, sprawa wstrzemięźliwości w Rosyi spoczęła w rękach władzy, która w r. 1895 zaprowadziła monopol wyrobu i sprzedaży wyskoku, biorąc tem samem pewną odpowiedzialność za jakość produktu. Monopol dał rządowi znakomite wyniki pieniężne, zapobiegł fałszowaniu wódki (co poniekąd mogłoby zachęcić do jej spożywania), ale w istocie nadużywaniu wyskoku tamy nie położył: kasując szynki, nie dozwalając używania wódki na kieliszki w lokalach jej sprzedaży, rząd tylko przeniósł miejsce pijaństwa z dawnych szynków do oberż i domostw prywatnych. Pragnąc zapobiedz nadużyciu i obejściu zarządzeń władzy, rząd rosyjski zorganizował urzędowe komitety wstrzemięźliwości po wielkich miastach, których zadaniem jest skierować lud do takich przybytków, w których czeka go rozrywka tańsza i zdrowiu nieszkodliwa. Rząd wymaga od tych urzędowych komitetów wstrzemięźliwości: 1) ażeby czuwały nad samą sprzedażą wyskoku w sklepach monopolu; 2) ażeby szerzyły wśród ludności zrozumienie niebezpieczeństwa, które za sobą pociąga nadużycie wyskoku; 3) dalej, by zakładały dla ludu herbaciarnie, czytelnie, urządzały zabawy, odczyty i t. d.: 4) budowały szpitale dla alkoholików; 5) wspierały stowarzyszenia prywatne, mające ten sam cel.

Rząd zasila pieniężnie urzędowe komitety wstrzemięźliwości, przeznaczając każdemu po 50.000 rubli rocznie. Statystyka wykazuje, że do dnia 1 lipca 1898 r. komitety te założyły 1713 herbaciarni, w których używanie napojów wyskokowych jest zakazane, 747 czytelni, 501 sal dla koncertów i odczytów, 91 teatrów ludowych i 138 orkiestr wiejskich. W r. 1899 rząd wyasygnował komitetom wstrzemięźliwości 7,500.000 franków. Liczba komitetów, w miarę dalszego zaprowadzania monopolu, wzrasta z roku na rok.

Wystawcy starali się uzmysłowić działalność urzędowych komitetów wstrzemięźliwości: część sali poświęcono na przedstawienie herbaciarni: cała budowa i sprzęty z drzewa, robota trwała, umożebniająca przestrzeganie czystości. Naprzeciw bufetu z herbatą i ciastem znajduje się szafa z książkami o treści zabawnej lub pouczającej; obok biblioteczki znajduje się pozytywka z mechanizmem automatycznym, grająca po wrzuceniu do szczeliny 5 kopijek; dalej ustawiono stereoskop z licznymi i rozmaitymi widokami. Na stole szachy, dzienniki illustrowane, wydawnictwa popularne i t. d. Na ścianach portrety rodziny panującej, obrazy treści religijnej itd. Wreszcie rysunki, przedstawiające złowrogie następstwa opilstwa, zastósowane do umysłów ciemnych i nieokrzesanych.

W tejże sali znajduje się znaczna liczba dokumentów, odnoszących się do założenia i działalności rządowych komitetów wstrzemięźliwości: są tu plany wszelkiego rodzaju budowli, należących do dzieła wstrzemięźliwości, teatrów ludowych na 200, 400 i 800 widzów; dalej idą fotografie, przedstawiające sceny z życia w herbaciarniach, czytelniach, podczas różnych uroczystości, przedstawień i t. d.

Dodać należy, że wszystkie wydatki, które ponosi rząd rosyjski dla zwalczania alkoholizmu, pokrywają się z dochodów, które przynosi tenże sam alkoholizm.

Umoralnienie tłumów możebne jest tylko przy podniesieniu w masie narodu skali rzetelnej oświaty: zabiegi rządu rosyjskiego ku zwalczaniu opilstwa zasługują na śledzenie z najwyższą uwagą. Stosunki społeczne w zachodniej Europie kształtują się w ten sposób, że sam ogół roztacza opiekę nad wszelkiem dobrem społecznem: na tej drodze już wiele pożytecznego zdziałano i wiele jeszcze pozostaje do zrobienia. Być nie może, by wśród reform, dążących do uzdrowienia, oświecenia i uszlachetnienia społeczeństw, ostało się opilstwo, będące właśnie zaprzeczeniem warunków dobrobytu, oraz zdrowia fizycznego, umysłowego i moralnego: do podjęcia walki z alkoholizmem na gruncie społecznym, zarządzenia rządu rosyjskiego stanowić mogą nieocenione studyum.

Dr. A. Kwaśnicki.

VIII. XIII międzynarodowy kongres lekarski w Paryżu.

(2—9 sierpnia, 1900 r.).

Sekcya psychiatryczna.

Zestawił Dr. B. Kupczyk.

Przewodniczący sekcyi Magnan zagaja posiedzenie przemówieniem, w którem kładzie nacisk na nowe kierunki, zmierzające do wyjaśnienia pewnej liczby chorób umysłowych wpływem zakażeń i samozakażeń. Wynika stąd dla psychiatry obowiązek zwracania bacznej uwagi na stan cielesny chorego i otwierają się nowe drogi dla zabiegów leczniczych.

Psychozy wieku pokwitania.

Marro (Turyn) streszcza wyniki swoich spostrzeżeń w następujących twierdzeniach: 1. Pokwitanie wywiera znaczny wpływ na życie duchowe, nadaje istniejącym chorobom umysłowym pewne cechy, których nie miały poprzednio, lub posiadały je w mniejszym stopniu i otwiera wrota obłąkaniu. 2. Przytępienie umysłowe *(hebephrenia)* jest psychozą właściwą wiekowi pokwitania i odznacza się zbiorem cech, które po części dzieli z innemi chorobami umysłowemi, a które w niej jednej znachodzą się zebrane. 3. Objawy tej postaci obłąkania i badania pośmiertne wykazują, że przyczyna leży w zmianach anatomicznych kory mózgowej i opon. Z drugiej strony, początkowe objawy choroby pozwalają z pewnem prawdopodobieństwem upatrywać źródła w sprawie samozakażenia, pochodzącego z przewodu żołądkowo-jelitowego. 4. Okres pokwitania, a zwłaszcza przedwczesne i nieprawidłowe wykonywanie czynności płciowych, wywołuje inne chorobliwe objawy, które wyciskają trwałe piętno na charaktorze osobnika, choć wiek i korzystne warunki życiowe mogą je zmazać po części. 5. Sposoby zapobiegawcze polegają na usuwaniu przyczyn, upośledzających rozwój cielesny i duchowy w tym ważnym okresie życia, do których należy nadmierne zmęczenie cielesne i duchowe, a przedewszystkiem przedwczesne i nieprawidłowe wykonywanie czynności płciowych.

Voisin (Paryż). 1. Przez psychozy wieku pokwitania należy rozumieć choroby umysłowe, które rozwijają się między 14 a 22 rokiem życia. Ten okres odznacza się dojrzewaniem płciowem i rozwojem cielesnym i duchowym osobnika. 2. Wszystkie odmiany

obłąkania mogą się znachodzić w tym okresie; przytępienie umysłowe *(hebephrenia)*, jako jednostka chorobowa, nie istnieje; nazwę tę należy stosować do przypadków niedołęztwa umysłowego *(dementia)*. Psychozy, które rozwijają się w początkach dojrzewania płciowego, są mniej ciężkie, niż te, które się rozwijają w przebiegu lub ku końcowi pokwitania. Pierwsze można nazwać psychozami pokwitania, drugie zasługują na nazwę psychoz wieku młodocianego. 3. Skłonność dziedziczna jest przeważną przyczyną tych chorób; upośledzony rozwój duchowy nadaje chorobie piętno, zwane przytępieniem umysłowem *(hebephrenia)*. 4. Częste psychozy pokwitania, albo raczej zbliżone do postaci czystych, nie przedstawiają typowych obrazów obłędu, lecz obraz postaci mięszanych, które kończą się wyzdrowieniem w więcej niż połowie przypadków. 5. Zaduma zjawia się najczęściej w ciężkiej postaci osłupienia *(stupor)*, omamów, myśli przymusowych, czynów popędowych, skierowanych przeciwko życiu samego chorego i otoczenia. Nierzadko towarzyszy im mistycyzm i samogwałt. 6. Obłęd okazuje się rzadko w łagodnej postaci, najczęściej przyjmuje charakter szału i zawiera wiele pierwiastków popędowych. 7. Przedwczesne przytępienie umysłowe *(hebephrenia)*, opisane przez Kahlbauma, występuje w dwojakiej postaci: ciężkiej i łagodnej. Postać ciężka okazuje objawy osłupienia, niedołęztwa umysłowego *(dementia)*, katatonii, pomięszania umysłu. Postać lekką czyli przedwczesne otępienie proste (piętno zwyrodnienia duchowego, Morel) należy odróżnić od porażenia postępowego i otępienia w przebiegu padaczki. 8. Pomięszanie umysłowe przedstawia majaczenia *(deliria)*, podobne do majaczeń w przebiegu opilstwa. Ten rodzaj majaczeń stanowi cechę właściwą psychozom na tle samozakażeń. Połowa przypadków ulega wyzdrowieniu, które oznajmia się ślinieniem, potami, biegunką, miesiączkowaniem, ropniami i t. p. Prawie zawsze można stwierdzić niepamięć wsteczną. 9. Porażenie postępowe tego okresu odróżnia się od porażenia postępowego u dorosłych brakiem urojeń wielkości i powolnym przebiegiem. Wielka liczba autorów uważa za czynnik etyologiczny kiłę dziedziczną. 10. Psychozy zwyrodnienia i neuropsychozy są bardzo częste i powtarzają się w wieku dojrzałym. 11. Medycyna sądowa psychoz pokwitania podlega zwykłym prawidłom medycyny sądowej, dotyczącej obłąkanych. Ze względu na prawną zdolność do działania w sprawach cywilnych *(capacité civile)* choroby pokwitania nie mają znaczenia sądowo-lekarskiego, ponieważ ustawa francuska przyznaje ją dopiero po 21 roku życia; pozostają tylko przypadki, mające związek z poczytnością karną, która rozpoczyna się po 16 roku życia.

Ziehen (Jena) opiera swoje wyniki na 400 przypadkach między 13 a 21 rokiem życia: 1. Okres pokwitania obfituje w choroby umysłowe. Główną przyczyną wielkiej chorobliwości umysłu jest obciążenie dziedziczne, prócz niego niedokrewność, nadmierne wytężenie cielesne i duchowe, ostre choroby zakaźne i nadużycia płciowe. 2. Prawie wszystkie znane postacie obłąkania zdarzają się w czasie pokwitania. Szczególny wpływ, jakie wywiera dojrzewanie płciowe, okazuje się tylko w tem, że niektóre psychozy przeważają i często, jednak nie zawsze, podlegają pewnym odmianom pod względem objawów i przebiegu. Błędem jest więc mówić o szczególnej psychozie pokwitania, która ma obejmować większość przypadków chorobowych w tym czasie. Jedyna psychoza, która zdarza się wyłącznie w okresie pokwitania, *hebephrenia* Kahlbauma, dostarcza stosunkowo małej ilości przypadków. 3. Oprócz przytępienia umysłowego *(hebephrenii)*, występują w okresie pokwitania: obłąkanie okresowe, obłęd (mania), zaduma, pomięszanie umysłu ostre i szaleństwo na tle histeryi i padaczki. 4. Najważniejsze odmiany obłędu, które wywołuje pokwitanie, są następujące: słabość, połączona z drażliwością afektów *(dissociation affective)*, rozdźwięk, brak stosunku pomiędzy zboczeniem afektu a odczynem mimicznym *(paramimie hébéphrenique)*, pewien brak związku i rozluźnienie nietylko urojeń, lecz także prawidłowych myśli, skłonność do stereotypii w mimice i w mowie, nielogiczny, trywialny i fantastyczny charakter urojeń, wreszcie skłonność do okresowego powtarzania się choroby i do postępowego zaniku władz umysłowych. 5. Rokowanie w psychozach pokwitania jest w ogólności gorsze z powodu wyżej przytoczonych odmian, niż w psychozach późniejszego wieku. 6. Leczenie zgadza się w ogólności z leczeniem innych psychoz; tylko trwałe umieszczenie w łóżku dozwolonem jest jedynie w przypadkach, połączonych z wybitnym upadkiem sił; wielką wagę ma regularne zajęcie, wyznaczone na każdą porę dnia. Używanie leków nasennych powinno być o ile możności ograniczone. W końcu konieczną jest ostrożność pod względem doboru dorosłych chorych, których umieszcza się w jednej sali wspólnie z chorymi w okresie pokwitania.

Tokarski (Moskwa) przytacza jako duchowe oznaki przytępienia umysłowego *(hebephrenii)* teatralne pozy, patetyczne deklamacye i t. p.

Mabille (La Rochelle) spostrzegał liczne przypadki psychoz pokwitania i nie uznaje istnienia obłąkania, właściwego okresowi pokwitania, o szczególnej fizyognomii klinicznej.

Dalsze rokowanie w psychozach pokwitania.

Cullerre (La-Roche-sur-Yon). Na podstawie 120 przypadków w wieku 15—18 lat autor sądzi, że jakkolwiek poszczególne napady obłąkania w okresie pokwitania dają korzystne rokowanie (70% ulega wyzdrowieniu), to jednak późniejsze rokowanie jest bardzo ponure; osobnik, który wyleczył się z tego rodzaju psychozy, narażony jest na nawroty choroby, na przedwczesne otępienie *(dementia praecox)*, obłąkanie okresowe i t. p. W najlepszym razie nawroty są rzadkie i przedzielone długimi okresami mniej lub więcej prawidłowego zdrowia duchowego.

Anatomia patologiczna tępoty umysłowej *(Idiotie)*.

Sprawozdawcy Shuttleworth i Beach.

Autorowie podają następujące zmiany anatomiczne, spostrzegane w przypadkach tępoty umysłowej. Pierwsza gromada: 1. małogłowie *(microcephalia)*; 2. wodogłowie; 3. głowa łódkowata *(scaphocephalia)*; 4. wadliwa budowa tkanki kostnej, skóry, błon śluzowych, serca; 5. przypadki wrodzonego usposobienia neuropatycznego o zwojach mózgowych dużych i prostych, lub małych, cienkich i przypłaszczonych *(microgyria)*; 6. przypadki wrodzonej ślepoty; 7. matołectwo sporadyczne skutkiem wadliwej budowy lub braku gruczołu tarczykowego; 8. wady miejscowe, jak n. p. niedokształcone spoidło mózgowe *(corpus callosum)* lub *porencephalia*.

Druga gromada: 1. drgawki *(eclampsia)* z ogniskami krwotocznemi i zapalnemi w mózgu; 2. padaczka; 3. kiła i porażenie postępowe wieku młodzieńczego; 4. przypadki porażenia, w których znachodzą się zmiany w naczyniach mózgu lub zanik mózgu. Przyczynę stanowić tu mogą: wrodzona drżączka poraźna, krztusiec lub inne sprawy patologiczne.

Trzecia gromada: 1. przypadki urazowe wskutek ucisku wywartego na główkę w czasie czynności porodowej przy ściśnionej miednicy, lub przy zbyt długiem trwaniu porodu, albo, co się rzadziej zdarza, skutkiem użycia kleszczy i następstwie przypadkowych obrażeń; 2. objawy zapalne w mózgu po sprawach gorączkowych; 3. tępota umysłowa na tle stwardnienia, choroba opisana po raz pierwszy przez Bournevillea w r. 1882.

Bourneville rozróżnia pod względem anatomo-patologicznym następujące postacie tępoty umysłowej: 1. tępota umysłu, jako następstwo przewlekłego zapalenia opon mózgowych; 2. jako następstwo zapalenia opon mózgowych i istoty mózgowej; 3. tępota umysłu z powstrzymanego rozwoju zwojów mózgowych bez zniekształtnień, ze zmianami w komórkach nerwowych *(Idiotie congenitale idiopathique)*; 4. jako wynik stwardnienia, połączonego z przerostem mózgu; 5. stwardnienia, połączonego z zanikiem mózgu: *a*) stwardnienie jednej lub obu półkul mózgowych; *b*) zrazu mózgowego; *c*) pojedynczych zwojów; 6. tępota umysłowa z porażeniem połowiczem lub obustronnem na tle chorób ogniskowych, wskutek zamknięcia światła naczyń i krwotoków; 7. jako następstwo wodogłowia; 8. braku gruczołu tarczykowego; 9. powstrzymanego rozwoju mózgu z wrodzonemi zniekształtnieniami *(porencephalia)*, braku spoidła mózgowego i t. d.; 10. tępota umysłu, jako wynik małogłowia przez wstrzymanie rozwoju mózgowego, bez zniekształtnień lub z niemi, albo przez działanie pewnych chorób po urodzeniu.

Autor nie spostrzegał ani jednego przypadku tępoty umysłowej, którą możnaby przypisać wyłącznie schorzeniom kości, w szczególności przedwczesnemu zrostowi kości czaszki.

Mierzejewski (Petersburg). Klasyfikacya różnych postaci tępoty umysłowej, podana przez poprzedniego mowcę, oparta na grubszych, wybitnych, przeważnie morfologicznych, zmianach anatomo-patologicznych układu nerwowego, odpowiada praktycznym potrzebom wiedzy w jej stanie obecnym; lecz klasyfikacya anatomopatologiczna oparta na badaniu budowy tkanki nerwowej i jej pierwiastków, oraz na ścisłych pojęciach embryologicznych, narzuci się z postępem naszych wiadomości. Podstawę wszystkich zmian anatomicznych w przebiegu tępoty umysłowej stanowi zboczenie w rozwoju tkanki nerwowej; początku zboczenia należy szukać w życiu płodowem, albo w schorzeniach, które nawiedzają mózg w bardzo wczesnym okresie po urodzeniu i są punktem wyjścia zboczeń w późniejszym rozwoju. Niema wstrzymania rozwoju pod względem morfologicznym lub histologicznym, obejmującego mózg w całości; odnosi się ono tylko do pewnych okolic tkanki mózgowej i objawia się obecnością neuroblastów. (Dok. nast.).

IX. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Wydział Izby lekarskiej wschodnio-galicyjskiej uchwalił na posiedzeniu w dniu 3 października wnieść z powodu zasądzenia na grzywnę jednego lekarza za odmówienie wykonania sekcyi, następujące pismo:

Do Prezydyum c. k. Sądu krajowego karnego we Lwowie.

Doszło do wiadomości Izby lekarskiej wschodnio-galicyjskiej, że sędzia w miejscowości N. skazał lekarza Dra N. N. na grzywnę 20 koron i zwrot kosztów 2 kor. 4 h. za to, że ten odmówił ustnemu wezwaniu sędziego, aby się udał tego samego dnia z komisyą sądową w celu wykonania obdukcyi zwłok, pomimo, że swą odmowę motywował głównie niemożebnością wykonania obdukcyi z powodu poprzedniego skaleczenia ręki.

Gdy we wspomnianym przypadku zachodzi kwestya zasadnicza, czy skaleczenie na ręce jest dostatecznym motywem do odmówienia wykonania obdukcyi zwłok, sądzi Izba lekarska, że swej kompetencyi nie przekroczy, jeżeli na tę sprawę ośmieli się zwrócić uwagę Prezydyum c. k. Sądu krajowego karnego.

Jest rzeczą powszechnie znaną, na jak wielkie niebezpieczeństwo naraża się każdy, kto, wykonując obdukcyę zwłok, dozna skaleczenia ręki, lub wykonywa obdukcyę ręką, poprzednio skaleczoną. To niebezpieczeństwo, znane nietylko lekarzom, ale prawie wszystkim ludziom, posiadającym jakie takie wykształcenie, czyni rozkaz wykonania obdukcyi zwłok lekarzowi, mającemu skaleczoną rękę, rozkazem narażenia życia lekarza na niewątpliwe niebezpieczeństwo utraty jego.

Lekarz wprawdzie każdego czasu może być narażony na niebezpieczeństwo zarażenia się od chorych, których zmuszony jest badać i leczyć, lecz naraża się on w tem przekonaniu, że spełnia swój obowiązek, ratując zagrożone życie bliźniego. To szlachetne poczucie obowiązku przypłaca też stan lekarski, szczególnie naszego kraju, kilku lub kilkunastu ofiarami rocznie z pośród swych sił najmłodszych i często najdzielniejszych, bez szemrania, w poczuciu spełnionego obowiązku. W tych wreszcie przypadkach może zarażenie nastąpić, lub nie, a lekarz, który mu uległ, może się wyleczyć, lub nie.

Wykonanie zaś obdukcyi zwłok nie jest niesieniem pomocy bliźniemu, a wykonywać ją ze skaleczoną ręką jest poprostu samobójstwem, gdyż naraża wykonującego na śmiertelne zakażenie jadem trupim.

Izba lekarska wschodnio-galicyjska, jako instytucya, która ze swego urzędu i założenia ma bronić godności i interesów stanu lekarskiego, która ma karcić wszelkie usuwanie się lekarzy do niej przynależnych od obowiązków, lub złe ich spełnianie, z powodu przytoczonego przypadku kategorycznie oświadczyć musi, że każdy lekarz sądowy ma prawo odmówić sądowi wykonania obdukcyi na zwłokach, lub jakiejkolwiek czynności z trupiemi częściami, lub zakażającemi wydzielinami osób żyjących, jeżeli ma choćby najmniejsze skaleczenie lub zadraśnięcie ręki i to z przyczyn powszechnie znanych.

Żądać ofiary życia może tylko państwo od swych żołnierzy i to w czasie wojny; narażanie się na tę ofiarę mogą narzucić obowiązki wyższe, dobro bliźnich mające na celu, a wreszcie cele jeszcze wyższe, naukowe, zdążające do odkryć, będących dobrodziejstwem dla całej ludzkości. Sąd jednak dla wykonania obdukcyi wymagać nie może ofiary z życia, a za odmówienie usług w podobnych przypadkach nie powinien karać.

Takie jest przekonanie zasadnicze Izby lekarskiej i jak sądzi taż Izba, takiem jest zapewne i przekonanie Prześwietnego c. k. Sądu.

Gdy jednak wspomniany przypadek jest jaskrawym przykładem niewyrozumiałości sędziego, pozwala sobie Izba lekarska zwrócić uwagę c. k. Sądu kraj. karnego na powyżej wyłuszczoną kwestyę zasadniczą, z niego wypływającą.

Zarazem uprasza Izba lekarska c. k. Sąd krajowy karny, jako II instancyę, by uwzględniając słuszność przytoczonego wywodu, zniósł wzmiankowane orzeczenie sędziego i w celu uniknienia podobnych wydarzeń, zechciał zarządzić, co uzna za stosowne.

X. Wiadomości bieżące.

Kraków 18 października 1900.

* Akademia Umiejętności przesłała nam do ogłoszenia dwa wielkiej wagi dla polskiego słownictwa chemicznego dokumenta, które w dosłownym odpisie podajemy:

Na posiedzeniu administracyjnem d. 8 b. m. Wydział matematyczno-przyrodniczy Akademii Umiejętności zajmował się sprawą ujednostajnienia polskiej terminologii chemicznej, oddaną mu do rozstrzygnięcia przez ogół chemików, znajdujących się na IX Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich. Powzięto w tej sprawie cały szereg uchwał, dążących do tego, aby rzecz była rozstrzygniętą na podstawie najgruntowniejszej, w sposób bezstronny, liczący się tylko z potrzebami nauki i względem na czystość języka. W początkach grudnia zbierze się ankieta przedstawicieli najważniejszych naukowych instytucyj, oraz Rady szkolnej krajowej, a do ogółu chemików zostanie wydana osobna odezwa.

Odezwa do chemików.

Ogół chemików na IX Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich powierzył ujednostajnienie terminologii chemicznej Akademii Umiejętności w Krakowie, oświadczając z góry, że się podda jej orzeczeniu. Wydział matematyczno-przyrodniczy rozumie, że obie strony oddały dlatego tę kwestyę w jego ręce, żeby odegrał rolę bezstronnego sędziego, który, powodując się tylko względami potrzeb naukowych, a zważając na czystość języka, wybrał z każdej z dwu do dziś dnia istniejących terminologij to, co one mają najlepszego; tylko bowiem wzajemne ustępstwa mogą stworzyć rzecz trwałą i sprowadzić tak pożądane porozumienie.

W celu rychłego a pomyślnego załatwienia sprawy postanowił więc Wydział na posiedzeniu dnia 8 października zwołać w grudniu br. ankietę, do której powoła po jednym reprezentancie z wyboru 9 ciał i towarzystw naukowych przyrodniczych, oraz reprezentanta Rady szkolnej krajowej. W celu ułatwienia pracy tej ankiecie wybrał dalej Komisyę, która przygotowuje materyał do dyskusyi na ankietę. Wreszcie, chcąc umożliwić ogółowi chemików zabranie głosów w tej sprawie, wzywa ich, aby zechcieli swoje zapatrywania nadsyłać na piśmie po dzień 1 grudnia b. r. tej Komisyi, pod adresem Wydziału przyrodniczo-matematycznego Akademii Umiejętności w Krakowie.

W Krakowie d. 11 października 1900 roku.

Józef Rostafiński, sekretarz Wydziału.

* Towarzystwo Lekarskie krakowskie odbyło dnia wczorajszego posiedzenie zwyczajne, na którem kol. doc. Bossowski przedstawił dziecko z wrodzoną nieprawidłowością jelita grubego; kol. dr. Żydłowicz przedstawił chorego z wrzodem twardym na palcu; wreszcie kol. dr. F. Krzyształowicz miał odczyt p. t. »Wysypki kiłowe w obrazach drobnowidowych.«

* Na 1-szy kurs medycyny w Uniw. warszaw. zapisało się słuchaczów 90; w Uniwersytecie lwowskim 35 (30 mężczyzn, 5 kobiet); w Uniwersytecie Jagiellońskim 32 (mężczyzn 24 kobiet 8). Liczby podane dla uniwersytetów galicyjskich ulegną jeszcze zmianie.

* Wydział lekarski Uniwersytetu wiedeńskiego liczy w rozpoczynającem się półroczu profesorów zwyczajnych 28, nadzwyczajnych 44, docentów i asystentów razem 104. Słuchaczów medycyny w przeszłem (letniem) półroczu było 1033 zwyczajnych i 90 nadzwyczajnych, 397 t. zw. frekwentantów i 19 hospitantek. Największej liczby słuchaczów zwyczajnych dostarczyła Austrya Niższa i Morawia; nadzwyczajnych Austrya Niższa i Węgry; frekwentanci zaś pochodzili głównie z Rosyi, Ameryki, Prus i Galicyi; hospitantek najwięcej było z Rosyi i Niższej Austryi

* „Allgemeine Wiener medizinische Zeitung« w Nr. 42 donosi że Wydział lekarski wiedeński zamierza wezwać na katedrę chirurgii, opróżnioną przez śmierć prof. Alberta, berneńskiego prof. Kochera; w razie gdyby ten odmówił, są na widoku: Mikulicz, Eiselsberg i Hochenegg.

* Do dnia dzisiejszego zapisało się na Wydział lekarski wiedeński słuchaczek zwyczajnych 11; są to dawniejsze hospitantki, które już poprzednio słuchały pojedyńczych przedmiotów.

* Nowe rozporządzenie ministeryalne dla studyów i egzaminów lekarskich w uniwersytetach austryackich wchodzi w życie. W rozpoczynającem się 1-szem półroczu wykładać się będą podług nowej ustawy następujące przedmioty: fizyka, chemia, ćwiczenia chemiczne, anatomia i ćwiczenia anatomiczne na zwłokach, ogólna biologia. W półroczu letniem będą te same przedmioty, z wyjątkiem ćwiczeń anatomicznych. Jednocześnie wydano ogłoszenie, że dla przystąpienia do pierwszego egzaminu ścisłego potrzeba 4-ch półroczy studyów, które

wtenczas dopiero policzone będą, gdy student będzie słuchać wykładów przynajmniej po 20 godzin tygodniowo w pierwszych trzech półroczach, a 16 w czwartem.

* Czasowym zastępcą śp. prof. Alberta w wiedeńskiej klinice chirurg mianowany został prof. Hochenegg.

* »Bolnicznaja gazeta Botkina« zdaje sprawę z IX Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie. Sprawozdawcą jest Dr. U. Wierciński, współpracownik wspomnianego tygodnika.

* Dr. Vlasak również drukuje w Časopisie lék. č. obszerne i wyczerpujące sprawozdanie z lipcowego Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich.

* Niżej ogłaszamy program kursów dla lekarzy przy Uniw. Jagiellońskim. Przeszłoroczna próba tych kursów dowiodła zupełnej ich u nas możebności, a tegoroczna uchwała, powzięta na IX Zjeździe lekarzy polskich, ażeby takie kursa zostały zorganizowane w stałą instytucyę, dowodzą odczucia ich potrzeby przez ogół lekarzy.

Gdy się zważy, że obecny postęp wiedzy lekarskiej więcej się odbywa w zakresie techniki niż teoryi, i że tej techniki nie można sobie przyswoić z książki lub czasopisma, potrzeba kursów dla lekarzy, oddawna i u nas odczuta, dziś w interesie ogółu lekarzy stała się koniecznością.

* W celu uczczenia 20-letniej pracy nauczycielskiej profesora kliniki lekarskiej czeskiego Wydziału lekar. w Pradze, Dra Emeryka Maixnera, uczniowie zasłużonego profesora złożyli się na wydanie numeru zbiorowego »Časopisu lekařů českych« do czego redakcya rzeczonego tygodnika życzliwie przyłożyła ręki, pragnąc i ze swej strony uczcić trud swego 20-letniego współpracownika. Wszystkie 10 prac, ogłoszonych w Nr. 41 »Časopisu l. č.« wykonane zostały w klinice prof. Maixnera.

Szczerem sercem łączymy się z kolegami czeskimi w oddaniu hołdu znakomitemu uczonemu i życzymy Mu, by w najdłuższe jeszcze lata pracował jak dotąd dla dobra nauki i ku chwale ojczyzny czeskiej.

Mianowania. Dr. de Boeck mian. profes. nadzwyczajnym psychiatryi w Brukseli. Dr. Schütz mian. profes. gimnastyki leczniczej a Dr. Zabłudowski profes. masażu w Berlinie. D-rowie: E. Bloch (otologia), G. Killian (laryngologia) i F. Keibel (anatomia) zostali mianowani rzeczywistymi profes. nadzwycz. w Freiburgu.

Nekrologia. Zmarli: Wynne Foot b. profes. medycyny, zmarł w Dublinie. Doc. E. Kotlar, redaktor »Jeżeniedielnika« zmarł nagle w Petersburgu. Dr. Siegenbeck van Henkelom, profes. anatomii patol. w Leiden zmarł w 50 roku życia. Dr. Da Costa profes. med. wewn. zmarł w Filadelfii. Dr. Alb. Sayere znany chirurg amerykański zmarł w Nowym Yorku, licząc lat 81.

Artykuły oryginalne z czasopism lekarskich polskich. W *Nowinach Lekarskich* Nr. 17 i 18: Biro M. Kilka słów o leczeniu padaczki. Radziwiłłowicza R.: Znaczenie odśrodkowych włókien nerwowych w dośrodkowych drogach zmysłowych. Sędziaka I.: Zaburzenia nosowe, gardlane, krtaniowe i uszne w cierpieniach zakaźnych ostrych. W *Medycynie* Nr. 41: Dr. Kramsztyka I.: O rumieniu powracającym podobnym do płonicy (dok.) W *Gazecie Lekarskiej* Nr. 41. Dra Nartowskiego: Wpływ jadów błonicznych na komórki nerwowe, zmiany i regeneracya tychże pod wpływem surowicy przeciwbłonicznej. Prof. Browicza: Patogeneza żółtaczki (dok.) Pruszyńskiego I: O powstawaniu i wydzielaniu się kwasu moczowego, oraz o warunkach wytwarzania złogów moczanowych. W *Kronice Lekarskiej* Nr. 19. Dra Bregmana L. E.: O padaczce (c. d).

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

W roku bieżącym odbędzie się w Krakowie, poczynając od *dnia 25 listopada*

4-tygodniowy kurs wakacyjny dla lekarzy,

podobnie, jak w roku zeszłym, lecz w znacznie rozszerzonym zakresie. Wykłady będą następujące:

I. Chirurgia. Doc. Dr. *Kryński:* Kurs operacyi chirurgicznych na zwłokach (ze szczególnem uwzględnieniem chirurgii jamy brzusznej). Od godz. 9—10 rano w poniedziałki, wtorki, środy, czwartki i piątki, w zakładzie Anatomii patologicznej. (Opłata 50 koron).

Doc. Dr. *Rutkowski:* Dyagnostyka chirurgiczna. Godz. 10—11 we środy i piątki. (Opł. 40 koron).

Prof. Dr. *Trzebicky:* Operacye chirurgiczne. Godz. 10—11 w poniedziałki, wtorki i czwartki. (Opł. 40 koron).

II. Dentystyka. Doc. Dr. *Łepkowski.* Ćwiczenia w wyjmowaniu i plombowaniu zębów. Codziennie od 8—9 rano, z wyjątkiem niedziel, w Zakładzie własnym (ul. Straszewskiego 26. — Opł. 100 koron).

III. Dermatologia i syfildologia. Prof. Dr. *Reiss:* Dyagnostyka chorób skórnych i wenerycznych. Godz. 10—11 we wtorki, czwartki i soboty, w klinice dermatologicznej Uniw. Jagiell. (Opł. 40 koron).

IV. Laryngologia. Prof. Dr. *Pieniążek:* Ćwiczenia w laryngoskopii i rynoskopii. Godz. 10—11 codziennie, prócz sobót i niedziel, w klinice laryngologicznej Uniw. Jagiell. (Opł. 40 koron).

V. Medycyna wewnętrzna. Doc. Dr. *Korczyński:* Metody ściślejszych badań klinicznych, oraz demonstracye ciekawszych przypadków chorobowych. Godz. 6—7 wieczorem, w poniedziałki, wtorki, środy i czwartki, w klinice lekarskiej Uniw Jagiell. (Opł. 40 koron).

VI. Okulistyka. Prof. Dr. *Wicherkiewicz:* Dyagnostyka i terapia chorób ocznych. We wtorki i piątki, godz. 11—12, w klinice okulistycznej Uniw Jagiell. (Opł. 40 koron).

VII. Otyatrya. Prof. Dr. *Browicz:* Ambulatoryum chorób usznych. W poniedziałki i czwartki, od godz. 12—12, w klinice laryngologicznej. (Opł. 40 koron).

VIII. Pedyatrya. Doc. Dr. *Raczyński:* Dyagnostyka chorób dzieci ze szczególnem uwzględnieniem błonicy. (Ćwiczenia w Intubulacyi). Godz. 11—12 codziennie, w ambulatoryum i Szpitalu Św. Ludwika. (Opł. 50 koron).

IX. Położnictwo. Doc. Dr. *Braun:* O postępowaniu w przypadkach poronienia. W poniedziałki od godz. 5—6, w klinice położniczej Uniw. Jagiell. (Opł. 20 koron).

Prof. Dr. *Rosner:* Ćwiczenia w badaniu i operacyach położniczych. W soboty i niedziele od g. 10—11. (Opł. 40 koron).

Doc. dr. *Świtalski.* Dyagnostyka ginekologiczna. W poniedziałki, środy i piątki od g. 8—9 rano w klinice położniczej Un. Jag. (Opł. 40 koron).

X. Anatomia patologiczna. Prof. dr. *Ciechanowski.* Ćwiczenia w sekcyach patologicznych. Codziennie (niewyłączając niedziel) od g. 8—9 rano w Zakładzie Anatomii patologicznej. (Opł. 40 koron).

XI. Bakteryologia. Prof. dr. *Nowak.* Ćwiczenia bakteryologiczne. Codziennie prócz niedziel od g. 7—8 wieczorem w Zakładzie Weterynaryi Uniw. Jag. (Opł. 40 koron).

XII. Chemia lekarska. Doc. dr. *Lemberger.* Badania chemiczno-mikroskopowe środków lekarskich i chemia sądowa. Codziennie prócz niedziel od g. 3—5 po poł. w Zakładzie farmakologii. (Opł. 40 koron).

Doc. dr. *Seńkowski.* Ćwiczenia w chemii klinicznej. Codziennie prócz niedziel od g. 5—6 po poł. w Zakładzie Chemii lekarskiej. (Opł. 40 koron).

XIII. Medycyna sądowa. Prof. dr. *Wachholz.* Ćwiczenia w badaniach i orzeczeniach sądowo-lekarskich. We wtorki, czwartk- i soboty od g. 12—1 w poł. w Zakładzie medycyny sądowej. (Opł. 40 koron).

Wszelkich wyjaśnień w sprawie tego kursu udziela doc. dr. *Kryński* (ul. Franciszkańska 1), opłatę zaś za wykłady składać należy u kwestora Uniwersytetu p. Sołtyska *(Collegium novum)*.